

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID



**PROGRAMA EDUCATIVO EN LA PREVENCIÓN DE LOS
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:
VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE
INTERVENCIÓN FRENTE A UN GRUPO CONTROL**

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE
DOCTOR POR ALICIA SERRANO SÁNCHEZ**

Bajo la dirección de los Directores:

Melchor Gómez García

Ángeles Gutiérrez García

Madrid, 2015

A mis padres, marido e hijos

A continuación debe considerar más valiosa la belleza de las almas que la del cuerpo,
de suerte que si alguien es virtuoso del alma, aunque tenga un escaso esplendor,
séale suficiente para amarle, cuidarlo, engendrar
y buscar razonamientos tales que hagan mejores a los jóvenes,
para que sea obligado, una vez más,
a contemplar la belleza que reside en las normas de conducta
y a reconocer que todo lo bello está emparentado consigo mismo,
y considere de esta forma la belleza el cuerpo como algo insignificante

(Discurso de Sócrates,
El Banquete, Platón)

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE ANEXOS	xiii
ÍNDICE DE TABLAS	xv
ÍNDICE DE FIGURAS	xix
SIGLAS	xxi
AGRADECIMIENTOS	xxiii

MARCO TEÓRICO

1. DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. IMPORTANCIA DEL CONTEXTO EDUCATIVO.....	1
1.1. INTRODUCCIÓN	1
1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS TCA	8
1.2.1. Criterios diagnósticos	9
1.2.2. Curso de los TCA	19
2. INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN SECUNDARIA	21
2.1. ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE TCA	21
2.2. ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE TCA EN ADOLESCENTES	31
2.3. LIMITACIONES METODOLÓGICAS	38
3. INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR.....	43
3.1. FACTORES BIOLÓGICOS	51
3.1.1. Neuroquímica	51
3.1.2. Genética	53
3.1.3. Sexo	56
3.1.4. Edad	56
3.1.4.1. Pubertad	59

3.1.5.	Sobrepeso y obesidad	61
3.2.	FACTORES SOCIO-CULTURALES	63
3.2.1.	Familia	63
3.2.2.	Grupo de iguales	65
3.2.3.	Influencia mediática	67
3.2.4.	Influencia transcultural	68
3.2.5.	Nivel socio-económico	69
3.2.6.	Otros factores ambientales	70
3.3.	FACTORES PSICOLÓGICOS	71
3.3.1.	Dieta.	71
3.3.2.	Insatisfacción con la imagen corporal	74
3.3.3.	Preocupación por el peso.	74
3.3.4.	Otras variables	76
3.3.4.1.	Variables emocionales	76
3.3.4.2.	Baja autoestima	77
3.3.4.3.	Pérdida de control	78
3.3.4.4.	Rasgos de personalidad	78
3.3.4.5.	Factores cognitivos	81
3.3.4.6.	Comorbilidad	81
3.4.	LIMITACIONES METODOLÓGICAS	82

4. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES. MANIFESTACIONES EN EL ÁMBITO ESCOLAR..... 83

4.1.	HIPÓTESIS DE LA EXTERNABILIDAD	86
4.2.	TEORÍA DE LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA	86
4.3.	MODELO DE LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD	87
4.4.	MODELO INTEGRADOR	88
4.5.	SESGOS COGNITIVOS	91
4.5.1.	Percepción de la talla corporal	91
4.5.2.	Distorsiones cognitivas	92
4.5.3.	Sesgo en la atención	93
4.5.4.	Sesgo en la memoria selectiva	94
4.5.5.	Sesgo en la interpretación selectiva	95

4.6.	TEORÍA DEL PUNTO FIJO	95
4.7.	MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL	96
4.8.	MODELO CONDUCTUAL DEL APRENDIZAJE	100
5. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES.....		101
5.1.	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	106
5.2.	REHABILITACIÓN NUTRICIONAL	108
5.3.	TERAPIA CONDUCTUAL (TC)	109
5.3.1.	Procedimientos operantes de manejo de contingencias	109
5.3.2.	Control estimular	109
5.3.3.	Exposición con prevención de respuesta	110
5.3.4.	Formación de la conciencia de apetito	111
5.4.	TERAPIA COGNITIVA	111
5.5.	TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC)	112
5.6.	TERAPIA INTERPERSONAL	116
5.7.	TERAPIA FAMILIAR	118
5.8.	INGRESO HOSPITALARIO Y AMBULATORIO	119
5.9.	OTROS	120
5.9.1.	Mindfulness	120
5.9.2.	Tratamiento por internet	120
5.9.3.	Manuales de autoayuda con o sin supervisión terapéutica	121
5.9.4.	Programas breves psicoeducativos.	122
5.10.	LIMITACIONES METODOLÓGICAS	123
6. EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN EN EL AULA		129
6.1.	ACTUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR	131
6.2.	COMPONENTES UTILIZADOS EN EL MARCO EDUCATIVO	135
6.3.	VARIABLES QUE INFLUYEN EN LOS EFECTOS DE INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA PREVENTIVO ESCOLAR	137
6.4.	PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR EN EL ÁMBITO DE LOS TCA	141
6.5.	LIMITACIONES METODOLÓGICAS	167

MARCO EMPÍRICO

7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	173
7.1. OBJETIVOS	173
7.2. HIPÓTESIS	175
8. MÉTODO	177
8.1. SUJETOS	177
8.2. MATERIALES	178
8.2.1. Ficha de datos personales de elaboración propia	179
8.2.2. Instrumentos de autoinforme específicos para evaluar TCA	180
8.2.2.1. Eating Attitudes Test (EAT; Garner & Garfinkel, 1979)	180
8.2.3. Instrumentos de autoinforme que miden aspectos relacionados con los TCA	182
8.2.3.1. Cuestionario de Influencias sobre Modelo Estético Corporal (CIMEC) (J. Toro, 1994)	182
8.2.3.2. Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).	183
8.2.3.3. Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE; 1965).	183
8.3. DISEÑO EXPERIMENTAL	184
8.4. VARIABLES	184
8.4.1. Variable independiente	184
8.4.2. Variables dependientes	185
8.4.3. Control de las posibles variables extrañas o contaminadoras	186
8.4.3.1. Nivel socioeconómico, edad.	186
8.4.3.2. Terapeuta	186
8.5. PROCEDIMIENTO	187
8.5.1. Captación de la muestra	187
8.5.2. Evaluación pretratamiento	187
8.5.3. Aplicación	188
8.5.4. Evaluación postratamiento	188
9. RESULTADOS	191
9.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	191
9.1.1. Variables sociodemográficas	191

9.1.1.1.	Sexo y edad	191
9.1.1.2.	Resultados académicos	192
9.1.1.3.	Situación laboral y nivel de formación de los padres	193
9.1.1.4.	Edad de los padres	195
9.1.1.5.	Número de hermanos	195
9.1.1.6.	Índice de Masa Corporal (IMC)	196
9.1.1.7.	Percepción del peso y altura	198
9.1.1.8.	Hábitos de comida saludable	200
9.1.1.9.	Nivel de actividad realizada: deporte vs televisión	200
9.1.2.	Variables dependientes	201
9.1.2.1.	EAT-40	201
9.1.2.2.	CIMEC	203
9.1.2.3.	BSQ	204
9.1.2.4.	ROSENBERG	205
9.2.	EFICACIA DEL TRATAMIENTO	206
9.3.	CONTRASTE DE HIPÓTESIS	207
9.3.1.	Resultados de los casos críticos	218
10.	DISCUSIÓN	228
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	234

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE PRESENTACIÓN A LOS CENTROS.....	259
ANEXO B - FICHA DE DATOS DE ELABORACIÓN PROPIA	263
ANEXO C - INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME ESPECÍFICOS PARA EVALUAR TCA	271
ANEXO D - INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME QUE MIDEN ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS TCA	276
ANEXO E - PROGRAMA DE PREVENCIÓN	287

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1. Comparación de características clínicas de AN (restrictiva y bulímica) y BN (Hsu, 1990).....	2
Tabla 1.2. Distribución de los TCA (Faiburn y Harrison, 2003).....	3
Tabla 1.3. Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) y trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (DSM-5).....	14
Tabla 1.4. Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) y trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (DSM-5).....	15
Tabla 1.5. Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) y trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (DSM-5).....	16
Tabla 1.6. Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) y trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (DSM-5).....	17
Tabla 1.7. Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) y trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (DSM-5).....	18
Tabla 2.1. Estudios en dos fases de prevalencia de TCA en España	24
Tabla 2.2. Estudios epidemiológicos fuera de España	28
Tabla 2.3. Prevalencia de TCA en adolescentes de Madrid. De 1985-1986 a 1993-1994 (Morandé G, Celada J, Casas J)	33
Tabla 2.4. Comparativa de datos antropométricos (1985-1986, 1993-1994 (Morandé G, Celada J, Casas J)	34
Tabla 2.5. Estudios de prevalencia en población adolescente temprana de TCA en España.....	35
Tabla 3.1. Factores de riesgo en la Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa (Vandereycken (1998)	46
Tabla 3.2. Principales factores de riesgo de la AN y BN (Faiburn y Harrison, 2003).....	47
Tabla 3.3. Factores de Riesgo en la AN (Halmi, 2005).....	48
Tabla 4.1 Distorsiones cognitivas (Faiburn y Cooper, 1989) modificado	92
Tabla 5.1. Objetivos terapéuticos de la AN y BN (tomado de Bell y cols., 2000)	104
Tabla 5.2. Tratamientos de pacientes con TCA (adaptado de Faiburn y Harrison, 2003).....	125

Tabla 6.1. Contenidos adecuados de los programas de prevención primaria de los TCA (Villena, J. y cols., 1999).....	139
Tabla 6.2. Contenidos inadecuados de los programas de prevención primaria de los TCA	140
Tabla 6.3. Aspectos modificables y contenidos del programa “Tal como eres”	149
Tabla 6.4. Contenido del Body Project y del eBody Project (Stice y cols., 2012)	156
Tabla 6.5. Estudios de prevención de TCA en población adolescente (Stice, 2004).....	160
Tabla 8.1. Estructura de la primera sesión de evaluación.....	178
Tabla 8.2. Secuencia del programa de tratamiento “Alimenta tu Salud”	189
Tabla 9.1. Índice de Masa Corporal para adolescentes de ambos sexos. Fuente: Organización Mundial de la Salud.	197
Tabla 9.2. Distribución por edades de la percepción del peso por encima de lo normal	199
Tabla 9.3. Distribución de la muestra: Casos probables EAT-40.....	202
Tabla 9.4. Distribución de la muestra: CIMEC	204
Tabla 9.5. Distribución de la muestra: BSQ.....	204
Tabla 9.6. Distribución de la muestra: Rosenberg.....	205
Tabla 9.7. Muestra de varones, mujeres y muestra completa en el grupo experimental y control	206
Tabla 9.8. Prueba de contraste (EAT)	210
Tabla 9.9. Prueba de contraste (BSQ)	211
Tabla 9.10. Prueba de contraste (CIMEC).....	212
Tabla 9.11. Prueba de contraste (RSE).....	213
Tabla 9.12. Prueba de contraste (EAT)	214
Tabla 9.13. Prueba de contraste (BSQ)	215
Tabla 9.14. Prueba de contraste (CIMEC).....	216
Tabla 9.15. Prueba de contraste (ROSEMBERG).....	217
Tabla 9.16. Distribución casos críticos grupo y sexo en el EAT	219
Tabla 9.17. Distribución casos críticos pretest por edades. EAT	220
Tabla 9.18.. Distribución casos críticos grupo y sexo. CIMEC.....	221
Tabla 9.19.. Distribución casos críticos pretest por edades CIMEC.....	221
Tabla 9.20.. Distribución casos críticos grupo y sexo. BSQ.....	222

Tabla 9.21.. Distribución casos críticos pretest por edades BSQ	223
Tabla 9.22. Distribución casos críticos grupo y sexo. RSE	224
Tabla 9.23. Distribución casos críticos pretest por edades. RSE.....	224
Tabla 9.24. Pruebas de efectos inter-sujetos.....	225

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2-1 AN, BN, Riesgo y prevalencia en población femenina.....	34
Figura 3-1 Patrón de desarrollo de conductas bulímicas	1
Figura 3-2 Papel central de las preocupaciones por el peso y figura en la BN (Faiburn 1998).....	75
Figura 4-1. Modelo etiológico multifactorial, Warschburger, P. y cols, 2011	85
Figura 4-2. Modelo conceptual de la BN restrictiva (Williamson, David, Duchmann y cols., 1990) tomado de Saldaña, 1994.....	89
Figura 4-3 Modelo conceptual de la AN restrictiva (Williamson, David, Duchmann y cols., 1990) tomado de Saldaña, 1994.....	90
Figura 4-4 Teoría integral cognitivo-conductual de los TCA (tomado de Williamson y cols., 2004).....	98
Figura 5-1 Representación esquemática del movimiento temporal entre los TCA (Faiburn y Harrison, 2003).....	102
Figura 9-1 Distribución de la muestra: Sexo.	191
Figura 9-2 Distribución de la muestra: Edad.	192
Figura 9-3 Distribución de la muestra: clases. En tonos marrones grupo de intervención (B,E,D) y en tonos verdes el grupo control (A,C,F).	192
Figura 9-4 Distribución de la muestra: resultados académicos.	193
Figura 9-5 Distribución de la muestra: comparativa resultados académicos en muestra completa, varones y mujeres.	193
Figura 9-6 Distribución de la muestra: situación laboral de los padres y madres.....	194
Figura 9-7 Distribución de la muestra: nivel de formación de los padres y madres	194
Figura 9-8 Distribución de la muestra: número de hermanos.....	195
Figura 9-9 Distribución de la muestra: IMC (muestra de mujeres)	198
Figura 9-10 Distribución de la muestra: IMC (muestra de hombres).	198

Figura 9-11 Distribución de la muestra: comparativa resultados percepción del peso en muestra completa, varones y mujeres.	199
Figura 9-12 Distribución de la muestra: comparativa resultados percepción de la altura en muestra completa, varones y mujeres.	199
Figura 9-13 Distribución de la muestra: hábitos de comida saludable	200
Figura 9-14 Distribución de la muestra: realización de deporte	201
Figura 9-15 Distribución de la muestra: realización de deporte.	201
Figura 9-16 Distribución de la muestra: EAT-40	202
Figura 9-17 Distribución de la muestra: Representación gráfica del EAT-40 en mujeres, varones y muestra completa.....	203
Figura 9-18 Distribución de la muestra: Representación gráfica del CIMEC	203
Figura 9-19 Distribución de la muestra: Representación gráfica del BSQ	204
Figura 9-20 Distribución de la muestra: Representación gráfica del Rosenberg	205
Figura 9-21 Distribución de la muestra: representación gráfica del Rosenberg en mujeres, varones y muestra completa.....	206
Figura 9-22 Muestra de varones, mujeres y muestra completa en grupo experimental y control.....	207
Figura 9-23 EAT en sujetos críticos	208
Figura 9-24 BSQ en sujetos críticos	209
Figura 9-25 Medias marginales estimadas de EAT. Pre y pos.	210
Figura 9-28 Medias marginales estimadas de RSE. Pre y pos.....	213
Figura 9-32 Medias marginales estimadas de RSE. Grupo.	218
Figura 9-33 Casos críticos detectados por el EAT	219
Figura 9-34 Casos críticos detectados por el CIMEC.....	220
Figura 9-35. Casos críticos detectados por el BSQ	222
Figura 9-36 Casos críticos detectados por el RSE.....	223

SIGLA	SIGNIFICADO
AN	Anorexia Nerviosa
APA	American Psychiatric Association
BN	Bulimia Nerviosa
BITE	Bulimia Investigatory Test Edinburgh
BSQ	Body Shape Questionnaire
BP	The Body Project
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIMEC	Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal
ChEAT	Children's Eating Attitudes Test
DA	Dopamina
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
EAT-40	Eating Attitudes Test
EDDQ	Eating Disorders Diagnostic Questionnaire
EDE	Eating Disorder Examination
EDI	Eating Disorders Inventory
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
GHQ	General Health Questionnaire
GUTS	Growing Up Today Study
HW	Healthy Weight
IMC	Índice de Masa Corporal
ISRS	Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina
NA	Noradrenalina

SIGLA	SIGNIFICADO
OMS	Organización Mundial de la Salud
RSE	Rosenberg Self-Steem Scale
SE	Serotonina
SIVFRENT-J	Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles de Jóvenes
TA	Trastorno de Atracón
TC	Terapia Conductual
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TCANE	Trastorno de Conducta Alimentaria No Especificado
TCC	Terapia Cognitivo Conductual
TIP	Terapia Interpersonal

AGRADECIMIENTOS

Son sin duda mis padres los primeros que deben figurar en el apartado de agradecimientos, ya que desde el inicio han estado presentes a lo largo de toda mi etapa formativa. Este acompañamiento no siempre ha sido fácil. Sin embargo, su constancia, trabajo y dedicación, aderezado con unas buenas dosis de valores, hicieron posible que llegara a buen puerto y les hace absolutos responsables de la culminación de este trabajo. Gracias porque no sería lo que soy sin vosotros.

Durante estos años de formación no puede faltar el agradecimiento a mi marido Ricardo. Ha sido un gran apoyo en todos los momentos importantes de mi vida, incluido éste. Desde un inicio hasta estos días, ha estado presente con numerosas muestras de ánimo para llevar a cabo la formación realizada y ha hecho posible que todo fuera más llevadero. Con él tienen que ver las ayudas relacionadas con introducir datos, realizar tablas o todo aquello que fuera requerido por la tesis y estuviera en sus manos. Más concretamente, querría valorar la renuncia a muchos momentos juntos a cambio de estar disponible y transmitir tranquilidad. En este trabajo hay un trocito de él.

Con todos estos previos, mi paso por la facultad de psicología de Comillas estuvo lleno de ilusión y quise saber más, por lo que acabé realizando un máster en la Universidad Complutense de Madrid. Durante mi estancia en la universidad, dos personas influyeron en mi formación de forma sustancial y a ellas quiero agradecer todo lo que me han aportado académicamente y hacerles, una vez más, responsables de este trabajo. Por un lado, la que fue mi tutora, la difunta María Luisa De La Puente Muñoz. Ella fue la que me propuso hacer el doctorado y guió mis primeros pasos. Con ella inicié mi andadura por el camino de la investigación y, como no podía ser de otro modo, lo hice en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Todo lo relacionado con la alimentación empieza en ella. De las personas que pasaron por su equipo, recuerdo a María Ángeles Peláez, juntas comenzamos las tesinas y por separado realizamos nuestras tesis. Agradezco todo lo que me aportó durante este aprendizaje. Por otro lado, alguien más influyó en mis crecientes ganas de saber en esta época, Francisco J. Labrador. A través de la oportunidad que me brindó al incluirme en sus tutorías sobre juego patológico, me enseñó el buen trabajo y se convirtió, sin saberlo, en una referencia en mi vida profesional.

Mientras llevaba a cabo esta formación, paralelamente se fue desarrollando mi vida profesional. Aquí tengo que agradecer todo el apoyo que me ha prestado Carmen Serrat-Valera. Son muchos años trabajando juntas y hasta el día de hoy hace que siga disfrutando, aprendiendo y agradeciendo estar a su lado. Fue con Carmen con quien conocí a mi actual equipo de trabajo. A ellas tengo q reconocer los ánimos y seguimiento de la tesis, así como el buen ambiente. Una vez más, me gustaría destacar a dos personas de este equipo, entre otras razones, por su colaboración en la investigación actual. Por un lado, a Violeta Balmaseda, por su capacidad de trabajo exhaustivo y de investigación que sirvió de modelo en más de una ocasión. Experta en alimentación, asesoró en la información principal que debía transmitir relacionada con una alimentación sana y colaboró con la presentación. Por otro lado, a Paula Gordillo, por su disponibilidad, ya que en todo momento ofreció ayuda ante cualquier demanda de la investigación, como así finalmente fue, durante la aplicación del programa. Muchas gracias por la dedicación y generosidad con vuestro tiempo.

Durante este camino profesional también ha estado presente el colegio St. Anne's School, dirigido por Miss Raines. A ellos quiero expresar mi gratitud al permitir cambios en los horarios que ha simplificado el desarrollo del programa, así como todas las facilidades prestadas. En concreto, quería distinguir a Helen Gemmell por el apoyo recibido en cada uno de los momentos que he necesitado a lo largo de todos estos años.

Una vez elaborado el programa de intervención se hizo necesario localizar un centro educativo donde aplicarlo. En este sentido me gustaría destacar la labor realizada a mi hermano Salvador, por su tesón en conseguir una muestra para que el programa fuera adelante, a pesar de los obstáculos. Gracias por las negociaciones con los profesores y los cambios en agenda que han complicado tu trabajo para permitir esta intervención.

Este trabajo no habría sido posible sin solucionar mis problemas informáticos. A la hora de plasmar el trabajo realizado tengo que agradecer a mi cuñado Alberto por las numerosas horas dedicadas a solucionar los contratiempos que surgieron cuando estaba a punto de culminar el proyecto. Gracias por contar contigo, por la paciencia y buen talante al ofrecer esta ayuda dejando de lado otros intereses, sin pensar en tu tiempo.

Todas estas personas han estado directamente relacionadas con la tesis, pero sin duda, también me siento afortunada por aquellas personas que, indirectamente, han estado ahí. Amigos de diferentes ámbitos a los que he limitado el tiempo y que, pacientemente, han esperado a que termine esta etapa de mi vida, conscientes de que era importante para mí. Entre todos ellos, agradezco en especial a Itxaso y Pedro por lograr estar cerca desde lejos. A mis hermanas Eva, Mayte y cuñado Felipe, que han soportado con resignación cambios de planes, respetado ausencias en momentos importantes y sobre todo, porque me he sentido acompañada por vosotros en todo momento. Y como no podía ser de otra manera, a mis hijos, porque han aguantado mi falta de tiempo, mi desconexión en muchos momentos de tiempos compartidos y porque, sin entender del todo el motivo de mi ocupación, han tenido claro que esto formaba parte de mi trabajo y lo han aceptado. Gracias por estar ahí.

Un último reconocimiento, pero no por ello menos importante, está destinado a mis directores de la facultad Autónoma de Madrid: Melchor Gómez García y Ángeles Gutiérrez García. A Melchor Gómez por ilusionarme en cerrar esta investigación, estar pendiente del transcurso de la tesis y su asesoramiento, y a Ángeles Gutiérrez por su inestimable ayuda con el análisis de datos, haciendo fácil lo difícil transmitiendo tranquilidad. Muchas gracias a los dos por el tiempo dedicado en revisiones y por animarme para que este trabajo tuviera un fin. Sin vosotros no habría llegado hasta aquí.

A todos vosotros, que de diferente forma habéis aportado vuestro granito de arena para que este proyecto saliera adelante, muchas gracias.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

DESCRIPCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. IMPORTANCIA DEL CONTEXTO EDUCATIVO

El placer gastronómico es el principio y el fin de una vida feliz
(Epicuro de Samos)

1.1 INTRODUCCIÓN

En los últimos 50 años, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) han ido experimentando un incremento espectacular en las sociedades industrializadas (Lucas, Beard, O'Fallon y Kurdland, 1991). Estos trastornos son definidos en general, como alteraciones en los comportamientos relacionados con la comida que repercuten sobre la salud de quienes los padecen (Calvo, 2002). Anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno de atracón (TA) o trastorno de la ingesta de alimentos (especificado o no especificado) (DSM-5, 2014) son los más destacados en este campo y constituyen un problema en los países desarrollados por su prevalencia, necesidad de tratamiento especializado, tendencia a la cronicidad y gravedad.

Todos ellos tienen en común unos rasgos: insatisfacción con la imagen corporal, preocupación por la comida, el peso y la forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar el peso, lo que degenera en un deterioro físico y psicosocial.

Entre todas estas semejanzas aparecen, no obstante, diferencias que facilitan el diagnóstico. De este modo, las bulímicas suelen tener un peso normal, comen habitualmente y sienten que no tienen control sobre su conducta de ingesta, mientras que las anoréxicas suelen tener un infrapeso, realizan ayunos drásticos, y consideran que tienen un control perfecto sobre su conducta de ingesta.

La aparición de ideas sobrevaloradas de la delgadez, excesiva preocupación por el peso o miedo desproporcionado a engordar son características presentes tanto en la AN como en la BN, sin embargo se encuentran más acusadas en la AN (ver Tabla 1.1.).

Como norma general, las anoréxicas suelen negar o minimizar su problema frente a las bulímicas.

Tabla 1.1 Comparación de características clínicas de AN (restrictiva y bulímica) y BN (Hsu, 1990)

CARACTERÍSTICAS	ANOREXIA NERVIOSA		BULIMIA NERVIOSA
	SUBTIPO RESTRICTIVO	SUBTIPO BULÍMICO	
Pérdida de peso	Grave	Grave	Leve o moderado
Peso corporal	Muy bajo	Muy bajo	Normal
Amenorrea	Presente	Presente	Variable
Bulimia	Ausente	Presente	Presente
Vómitos/purgas	Ausente	Presente	Presente
Miedo a engordar	Presente	Presente	Presente

Por definición, los TCA son patologías de etiología multifactorial donde intervienen factores socioculturales, familiares, psicológicos, genéticos o biológicos, que afectan principalmente a niños, niñas, adolescentes y jóvenes. A esta complejidad factorial se añaden cambios a nivel físico, cognitivo, emocional y social propios de la etapa de la adolescencia que dificultan aún más la comprensión de la etiología del problema. Si además se añade que son trastornos en los que los individuos tienden a ocultar el problema, las trabas en los estudios epidemiológicos, prevención e incluso en el tratamiento son numerosas.

La presencia de los TCA es cada vez más frecuente entre la población adolescente, así como de aparición más temprana, siendo el más frecuente el TCA no especificado (TCANE), seguido de AN y BN (DSM-IV-R). La prevalencia en población de mayor riesgo, es decir, en mujeres de 12 a 24 años, se sitúa entre el 4% y el 6,4% (Morandé, 1998), mientras que otros datos más actuales la sitúan entre un 1% y un 4% de mujeres jóvenes afectadas de TCA (0,5-1% AN y 1-3% BN, Aguinaga, 2000). A pesar de que la mayoría de las personas afectadas por estos trastornos son mujeres adolescentes y jóvenes (Carolina López y Janet Treasure, 2011), la prevalencia se amplía cada vez más a hombres y adultos (Fernández Aranda, Turón Gil, 1999; Ruiz Lázaro, 1999).

La distribución de los TCA se muestra de forma diferente en función si se refiere a la AN o BN (ver Tabla 1.2.).

Tabla 1.2 Distribución de los TCA (Faiburn y Harrison, 2003)

	Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
Distribución en todo el mundo	Predominantemente en sociedades occidentales	Predominantemente en sociedades occidentales
Origen étnico	Principalmente población blanca	Principalmente población blanca
Sexo	La mayoría mujeres (90%)	La mayoría mujeres (% incierto)
Edad	Adolescentes (algunos adultos jóvenes)	Adultos jóvenes (algunos adolescentes)
Clase social	Posiblemente mayor en clases sociales más altas	Distribución uniforme
Prevalencia	0.7% (adolescentes)	1-2% (mujeres de 16-35 años)
Cambios	Posible incremento	Probable incremento

Estos datos reflejan la situación de los TCA en las sociedades occidentalizadas, ya que en los países no occidentalizados apenas existen trastornos de la conducta alimentaria, siendo su incidencia mínima (Hoek y cols., 2005). En concreto, en España, ha pasado de ser una patología poco frecuente a cifras equiparables a las del resto de los países europeos, convirtiéndose en la tercera enfermedad más frecuente en la adolescencia.

En el caso de Madrid, el Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2012) muestra que los estudios epidemiológicos revelan una incidencia, en el caso de la AN, estable en las últimas décadas con tendencia a aumentar en las mujeres de 15 a 19 años, mientras que en el caso de la BN parece que su incidencia ha disminuido. Sin embargo, es difícil establecer la prevalencia real de los TCA y mucho más en niños y adolescentes, ya que muchos estudios se centran sólo en una única muestra seleccionada, presentan los resultados de los servicios de salud con menor rigurosidad metodológica, o en el caso que nos ocupa, los criterios diagnósticos del DSM (APA, 2014) o CIE-10 (OMS, 1992) no son plenamente aplicables a la población infanto-juvenil (M. L. Portela de Santana y cols., 2012). En cualquier caso, las conductas de riesgo relacionadas con los TCA siguen siendo demasiado frecuentes y sus prevalencias actuales preocupantes.

Otros organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han atendido la situación actual de los TCA y han mostrado una gran inquietud por la presencia de TCA en población infantil. Esta inquietud es compartida por el Parlamento español al aprobar, por unanimidad en 1998, una proposición en la que reconoce la magnitud del problema y propone medidas preventivas, de coordinación y planificación de programas, así como de creación de unidades de referencia en las diferentes comunidades Autónomas.

Una vez acordada la necesidad desde diferentes ámbitos de intervenir en estos trastornos, urge diagnosticarlos de forma precoz para prevenir su cronicidad, ya que el pronóstico de los TCA mejora cuando el problema es detectado dentro de los tres primeros años de la enfermedad (Carolina López y Janet Treasure, 2011). Sin restar importancia a esta necesidad, muchos otros investigadores creen que sería más efectivo evitar que se desarrolle la enfermedad, por lo que, además de tratamientos efectivos, es

sumamente importante tomar medidas necesarias encaminadas a lograr una prevención eficaz.

Así pues, la importancia de estudiar este tipo de trastornos se argumenta principalmente a través de los siguientes puntos (Aranda y Turón, 1999):

1. El marcado aumento, durante las dos últimas décadas de estas patologías. En la anorexia han pasado de valores del 0,37 a valores de 6,3 en la década de los 80. La bulimia nerviosa, a pesar de que adquirió entidad diagnóstica hace tan sólo 13 años (Russell, 1979), presenta unos valores en su incidencia en la década de los 80 superiores a los de la anorexia (pasa de 6 a 9,9). Si bien, un poco más tarde, en el paso de los años 80 a los 90 sufre un descenso (4,2% a 1,3%) y se mantiene estable hasta el 2002 con 1,7% (Keel y cols., 2006). Independientemente de las numerosas variaciones sufridas en cifras, la presencia de este tipo de trastornos es elevada.
2. La complicada etiología y patogenia de estos trastornos hace que aún no se haya obtenido un tratamiento adecuado que presente alta efectividad a largo plazo.
3. Poseen tasas de mortalidad del orden del 8,2% al 18% de las paciente afectadas (0,3% en BN y 5% en AN; Steinhausen y cols., 2009; APA, 2014). La AN tiene una de las tasas de mortalidad más alta en comparación con otros trastornos psiquiátricos (Arcelus y cols., 2011; Sullivan, 1995), que incide mayoritariamente en la mujer.

La prevención de los trastornos de la alimentación y los problemas de imagen corporal entre adolescentes, se ha convertido por tanto, en uno de los logros más deseables en la educación para la salud en la actualidad. Los factores socioculturales que pueden generarlas, así como sus graves secuelas físicas, sociales y psicológicas han causado y causan una importante alarma social.

En la línea de Aranda y Turón, investigadores como Sepúlveda y Tolosa (2000) consideran necesario la elaboración de un programa eficaz de prevención primaria (intervención dirigida a tomar medidas para que los adolescentes no lleguen a desarrollar el trastorno) y secundaria (destinada a una detección precoz y retraso del desarrollo del trastorno) para los TCA, fundamentalmente por tres motivos:

- 1) por la extensión y el impacto real en la población adolescente (6% en adolescentes varones tardíos y 15% en mujeres, Stice y cols., 2013; 17% población adolescente en riesgo; 4,7% de TCA completos e incompletos, Morandé 1988).
- 2) por la complejidad de los tratamientos (integración multidisciplinar), y por último,
- 3) por la cantidad de pacientes resistentes al tratamiento donde las consecuencias físicas son graves y suelen ser irreversibles. Además de la mencionada anteriormente alarmante tasa de mortalidad en la AN (la gravedad de la enfermedad se refleja en la alta tasa de recaída, la asociación psiquiátrica, hospitalizaciones recurrentes y necesidad de tratamiento crónico).

Otro motivo que se podría añadir a las motivaciones desarrolladas por estos autores, para desarrollar un programa eficaz, sería las graves consecuencias que los trastornos de la conducta alimentaria tienen a nivel personal, familiar, laboral y social.

En el campo de la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) está todo prácticamente por hacer. Se han aplicado numerosos programas preventivos directamente sobre la población de jóvenes y adolescentes, sin embargo han tenido unos resultados no tan satisfactorios como se esperaba. El desconocimiento de los factores de riesgo presentes en los TCA, los problemas metodológicos de algunos de los programas desarrollados, por citar algunas de las dificultades encontradas en el desarrollo de los

programas, hace que sea necesario seguir investigando con mayor rigor científico para esclarecer el panorama.

Las intervenciones más frecuentes que se han realizado hasta la fecha han incluido medidas que incorporaban técnicas psicoeducacionales, desarrollo de actitudes críticas hacia los medios de comunicación, técnicas de disonancia o técnicas centradas en eliminar los efectos de los factores de riesgo, entre otras. Sabemos hasta el momento, que aquellos programas que incorporan técnicas centradas en disminuir los factores de actitudes de riesgo y en que incorporar conductas saludables de control de peso son los que tienen más éxito.

A pesar de algunos de los resultados desalentadores en el campo de la prevención, los avances en investigación han ido orientando y destacando aquellas intervenciones que podrían ser más eficaces. Así Shaw, H. y Stice, E (2004), en una revisión de los programas de prevención de los TCA, observaron que los efectos más destacados suelen darse en los programas selectivos (frente a los universales), programas interactivos (frente a los didácticos) y programas multi-sesión (frente a una sola sesión). Valoraron además otras variables que podrían influir en la efectividad del programa, como la edad de aplicación, quien administra el programa, etc.

Un dato estimulante se dirige en relación a los resultados obtenidos en investigaciones recientes que muestran que más de la mitad (51%) de las intervenciones de prevención de los TCA reducen los factores de riesgo y un 29% reduce la patología actual o en el futuro (Heather-Shaw, Ph.D. y col. 2009). Estos resultados alientan a seguir investigando hasta lograr esa deseada intervención eficaz.

En este contexto surge la presente investigación, con el objetivo de continuar la investigación del campo de la prevención de los TCA en el marco educativo. Para ello, se ha tratado de incorporar aquellos datos aportados por investigadores a lo largo de estos años que han sido considerados como factores que aumentan la eficacia del programa. Así pues, la pretensión de la investigación es aplicar en adolescentes escolarizados un programa interactivo, multisesión, y en el ámbito escolar de la Comunidad de Madrid.

Se ha seleccionado el marco educativo por diversas razones:

1. Los estudios de prevalencia muestran más casos de TCA en poblaciones escolares que en investigaciones clínicas.
2. Es más fácil tener acceso a jóvenes estudiantes con riesgo debido a su edad.
3. Los adolescentes pasan la mayoría de su tiempo en el colegio, por lo que la aplicación del programa en este contexto resulta más fácil.
4. Las condiciones para realizar un seguimiento de los resultados obtenidos son más favorables.
5. Hay un mayor acceso a futuras intervenciones.
6. Se pueden incorporar personas relevantes que acompañan a los adolescentes como son padres, amigos o profesores.

Detrás de esta elección de desarrollar un programa de aplicación en el ámbito escolar está la creencia de que, una vez se logre crear un programa efectivo, la instauración en el contexto escolar puede convertirse en una vía eficaz para lograr prevenir la aparición de los TCA y de fácil aplicación.

1.2. CLASIFICACIÓN DE LOS TCA

Alrededor de la década de los 70 comienza a despertar en la literatura especializada un interés por describir algunos de los trastornos relacionados con la alimentación. El ideal de belleza femenina sufre variaciones a lo largo de las épocas exigiendo cambios para alcanzar un cuerpo perfecto. Inicialmente, se valora una mujer de formas redondeadas, como en la Venus de Willendorf perteneciente al paleolítico, en la que se representa a las mujeres con los órganos sexuales muy desarrollados (posiblemente como atributo a la fertilidad), o como en las Tres Gracias de Rubens en las que las formas grandilocuentes se convierten en símbolo de sensualidad. A medida que se avanza en los años, este canon de belleza inicia modificaciones al ser sustituido por rasgos más estilizados, un ejemplo de esta variación se puede ver en la película de “Lo

que el viento se llevó (1939) donde se hace referencia a una mujer que, en su preocupación por alcanzar el físico deseado, debe usar un corsé apretado y comer poco. Todos estos estereotipos de perfección sufren, de un modo u otro, variaciones hasta llegar a la actualidad traducidos en una valoración de la extrema delgadez. Los intentos por alcanzar la perfección y las consecuencias derivadas de las tentativas por conseguir ese ideal desembocan, irremediabilmente, en un aumento gradual de los trastornos de alimentación. Es en estos momentos, cuando surge la necesidad de estructurar y dar una solución al problema. Se inicia el proceso de elaboración de los criterios diagnósticos.

1.2.1 Criterios diagnósticos

Antes de los 70, era habitual diagnosticar la anorexia nerviosa (AN) cuando aparecía desnutrición autoinducida sin causas orgánicas aparentes. Por aquella época, diversos autores, y más concretamente Halmi (1979), valoran la necesidad de consensuar un mismo lenguaje que permita a los clínicos algo tan esencial como saber de qué están hablando, permitir que los hallazgos científicos puedan ser replicados o determinar la eficacia de un tratamiento. Siguiendo esta línea, Feighner y cols. (1972) elaboran con este fin seis criterios diagnósticos que se convirtieron en una primera aproximación de consenso, ya que hubo muchos detractores (Halmi y cols., 1975; Morgan y Russell, 1975; Theander, 1970; Vandereycken y Pierloot, 1980; Askevold, 1983; Turón y cols., 1992). En concreto un criterio fue el que reunió más críticas, la edad de aparición, que en esos momentos sitúan los autores alrededor de los 25 a los 30 años. Todos estos ataques a los criterios establecidos llevan nuevamente a una revisión, lo que da lugar a los conocidos criterios diagnósticos del DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, APA 1980).

El camino de la bulimia nerviosa (BN) sufre del mismo modo estas modificaciones en sus criterios hasta llegar al diagnóstico actual. Etimológicamente el término “bulimia” significa tener un “apetito tan grande como el de un buey” o “la capacidad para comer un buey”. En la década de los 70 comienzan a describir esta conducta alterada de comer como episodios incontrolados de atracones, pasando a nombrarse de diferentes formas a lo largo de los años. Así es nombrada como bulimia nerviosa

(Russell, 1979), bulimia (DSM-III. APA, 1980) o finalmente bulimia nerviosa en la actualidad (DSM-5 APA, 2014). Fue descrita por primera vez en 1979 por Russell, como una entidad distinta a la anorexia nerviosa. Fairburn y Garner destacan tres aspectos en común para la BN (Fairburn y Garner, 1986): (a) una pérdida de control subjetivo respecto a la comida y episodios bulímicos, (b) una conducta compensatoria para controlar el peso corporal y por último, (c) una preocupación extrema por la imagen y el peso. Una vez más, los criterios diagnósticos empleados a lo largo del tiempo para la BN reciben muchas críticas (Russell, DSM-III APA 1980, DSM-III-R APA 1987) sobre todo porque no definen de forma precisa los episodios bulímicos, no dan importancia a las conductas compensatorias, cogniciones o afectos respecto a la imagen corporal y no dejan claro la relación existente entre los diagnósticos de anorexia (tipo bulímico) y bulimia nerviosa.

Como se puede observar, los criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y su clasificación, han ido sufriendo variaciones a lo largo de los años hasta nuestros días. Estos cambios de criterios diagnósticos han afectado en gran medida al diagnóstico de TCA en una persona, y no lo han hecho en menor medida en el campo de la prevención o tratamiento. Pongamos por ejemplo, el criterio del DSM-IV-TR (APA,200) de presencia de amenorrea en mujeres pospuberales en la AN (ya no necesario en la actual clasificación DSM-5), o la rebaja de criterio en la BN de dos atracones por semana durante 3 meses a uno para cumplir diagnósticos. De este modo, población que antes no cumplía las características para el diagnóstico de TCA en estos momentos sí lo hace o viceversa.

Si nos paramos por un momento a observar los cambios que han sufrido los TCA en el sistema de clasificación de los trastornos mentales más utilizado (DSM), nos encontramos dos grandes cambios a mencionar. Por un lado, en 1980 en el DSM-III (APA, 1980) y su revisión (DSM-III-R, 1987) clasifican los TCA dentro de los “Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia” junto con otras alteraciones de la conducta alimentaria. Es en 1994, con la aparición del DSM-IV (APA, 1994) cuando se trasladan dichos trastornos a la sección de Trastornos de la Conducta Alimentaria. Este cambio se produce fundamentalmente al observar, que la conducta alimentaria está alterada en un intento de controlar el peso y figura y sobre

todo, que los trastornos aparecen con mayor frecuencia en la adolescencia inicial y media. Por otro lado, surge un intento de aclarar esa relación entre los diagnósticos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa incorporando subtipos. En la AN el subtipo restrictivo y el purgativo (en función de presencia o no de episodios bulímicos), que evita que una persona con anorexia que presente episodios de atracones reciba dos diagnósticos separados de AN y BN, y en la BN tipo purgativo o no purgativo.

El paso de la clasificación del DSM-IV (1994) al DSM-IV-TR (2000) es un paso inapreciable para los TCA, puesto que no introducen ninguna modificación sustancial en los criterios.

Es finalmente en el actual DSM-5 (APA, 2014) cuando aparecen cambios bajo el “Título trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos” frente a “Trastornos de la conducta alimentaria” de su hermano menor. Bajo este nuevo cambio, el DSM-5 rescata los trastornos diagnosticados con más frecuencia en la infancia y la niñez (pica, trastorno de rumiación o trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos) de los “Trastornos de ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez” para dejarles compartir capítulo con la AN, BN o trastorno de atracón entre otros.

Sin embargo, no es este el cambio más interesante de cara a la investigación aquí presente, sino en el intento que hace la nueva clasificación de subsanar dificultades de aplicación de los criterios de las versiones anteriores en niños y adolescentes:

- en la AN ya no se exige la presencia de amenorrea (una gran proporción de mujeres cumplen todos los criterios para AN pero mantienen menstruaciones regulares),
- modifica el criterio de bajo peso corporal para una mejor valoración (“peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior o normal, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado”),
- especifica la gravedad de la enfermedad (IMC en adultos, percentil del IMC en niños y adolescentes), y,

- se añade al criterio cognitivo de “temer aumentar de peso” un criterio conductual (“que aparezcan comportamientos que interfieran con ese aumento de peso”).

Estos matices indican cómo, poco a poco, va teniendo más relevancia ajustar los criterios al momento evolutivo en el que surgen los TCA, puesto que la mayor frecuencia de aparición es en la adolescencia inicial y media, como se ha mencionado en otras ocasiones.

En cuanto a algunos de los cambios sufridos con la nueva clasificación para la Bulimia Nerviosa (BN), cabe destacar la disminución del criterio de los atracones de dos veces por semana a una vez por semana.

Otro de los cambios más importantes sufrido en la actual clasificación por los TCA es el paso sufrido por los Trastornos por Atracón de la categoría de los “criterios propuestos para estudios posteriores” para convertirla en una categoría separada. Es un cambio importante, dada la alta frecuencia que se observa en esta categoría y la gran prevalencia que reflejan las cifras recogidas en las publicaciones.

Aparecen además, nuevas especificaciones: en remisión (parcial o total), así como la gravedad actual (leve, moderado, grave o extremo) en un intento de objetivar cada vez más la definición de los TCA y mejorar su diagnóstico.

Esta evolución de los criterios diagnósticos de la A.P.A. para los trastornos de la conducta alimentaria se contempla más adelante (ver Tabla 1.3., 1.4., 1.5., 1.6. y 1.7).

Por último, otra de las clasificaciones más empleadas, la clasificación CIE-10 (OMS, 1992), clasifica los TCA dentro de los “Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos” junto con los trastornos del sueño, sexuales y de abuso de sustancias, destacando de este modo esa presencia de los factores fisiológicos en los TCA. Entre todas las categorías propuestas por la Organización Mundial de la Salud para el diagnóstico de AN, cabe destacar dos de las cinco pautas necesarias para cumplir el diagnóstico, una que hace alusión a un trastorno endocrino, y otra que menciona la aparición antes de la pubertad. En relación a la primera pauta mencionada lo describe de la siguiente forma: “trastorno endocrino

generalizado que afecta al eje hipotalámico-hipofisiario gonadal manifestándose en la mujer amenorrea y en el varón una pérdida del interés y de la potencia sexual (...). También pueden presentarse concentraciones altas de hormona de crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina”. En cuanto a la segunda: “si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (...). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse pero la menarquía es tardía”.

Todos y cada uno de estas modificaciones y mejoras que han ido sufriendo estos criterios podrían ser de utilidad a la hora de facilitar la comunicación entre los profesionales, facilitar un consenso y detectar de forma más objetiva los trastornos de la conducta alimentaria.

Tabla 1.3 Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) y trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (DSM-5)

DSM-IV-TR		DSM-5	
Anorexia nerviosa	<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>D. En las mujeres pospuberales presencia de amenorrea; p. ej., ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos.).</p>	Anorexia nerviosa	<p>A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.</p> <p>C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.</p>

Tabla 1.4 Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) y trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (DSM-5)

DSM-IV-TR		DSM-5	
Bulimia nerviosa	<p>A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej. sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.) <p>B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.</p> <p>D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.</p> <p>E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.</p>	Bulimia nerviosa	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej. sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). <p>B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos, u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.</p> <p>C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.</p> <p>E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.</p>

Tabla 1.5 Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) y trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (DSM-5)

DSM-IV-TR		DSM-5	
<p>Trastorno por atracones</p> <p>(Criterio y eje propuesto para estudios posteriores)</p>	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta, en un corto período de tiempo (p. ej., en 2 horas), de una cantidad de comida definitivamente superior a la que la mayoría de la gente podría consumir en el mismo período de tiempo y bajo circunstancias similares. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta durante el episodio (p. ej. sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo). <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingesta mucho más rápida de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre. 4. Comer a solas para esconder su voracidad. 5. Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión, o gran culpabilidad después del atracón. <p>C. Profundo malestar al recordar los atracones.</p> <p>D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante 6 meses.</p> <p>E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p.ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nerviosa o una bulimia nerviosa</p>	<p>Trastorno de atracones</p>	<p>A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ingestión, en un período determinado (p. ej., dentro de un período cualquiera de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en circunstancias parecidas. 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej. sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere). <p>B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal. 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno. 3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente. 4. Comer sólo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingieres. 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado. <p>C. Malestar intenso respecto a los atracones.</p> <p>D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.</p> <p>E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado como en la bulimia nerviosa y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.</p>

Tabla 1.6 Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) y trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (DSM-5)

DSM-IV-TR		DSM-5	
		Otro trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos especificado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anorexia nerviosa atípica: Se cumplen todos los criterios para la anorexia nerviosa excepto que el peso del individuo, a pesar de la pérdida de peso significativa, está dentro o por encima del intervalo normal. 2. Bulimia nerviosa (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para la bulimia nerviosa, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. 3. Trastorno de atracones (de frecuencia baja y/o duración limitada): Se cumplen todos los criterios para el trastorno de atracones, excepto que los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, menos de una vez a la semana y/o durante menos de tres meses. 4. Trastorno por purgas: Comportamiento de purgas recurrentes para influir en el peso o la constitución (p.ej., vómito autoprovocado, uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos) en ausencia de atracones. 5. Síndrome de ingesta nocturna de alimentos: Episodios recurrentes de ingesta de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingesta de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar.

Tabla 1.7 Criterios diagnósticos de los trastornos de la conducta alimentaria (DSM-IV-TR) y trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (DSM-5)

DSM-IV-TR		DSM-5	
Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	<p>Esta categoría se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria. Algunos ejemplos son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares. 2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad. 3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses. 4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas). 5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida. 6. Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa 	Trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado	<p>Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.</p>

1.2.2 Curso de los TCA

A lo largo del desarrollo de los TCA aparecen numerosas complicaciones físicas y psicológicas con distinta evolución. Puede pasar de ser algo breve y padecer un sólo episodio a ser un proceso largo de continuos inicios y abandonos en el tratamiento, ingresos hospitalarios y en el peor de los casos, llegar a la muerte. Una mayor duración del trastorno, la detección o búsqueda de tratamiento a una edad más avanzada, o una mayor comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos podrían contribuir a peores pronósticos

Una de las complicaciones al evaluar el curso del trastorno, es la fluctuación de síntomas que sufren los pacientes. Los individuos pueden pasar por épocas en las que, de la AN se pase a la BN para volver de nuevo a la AN. Esta fluctuación en sentido contrario, es decir, de la BN a la AN, tan sólo se da en un 10% o 15%. Determinados autores recogen cifras relacionadas con un 50% de pacientes con AN que desarrollan síntomas bulímicos y algunas pacientes con BN que desarrollan síntomas de anorexia (Aguinaga y cols., 2000).

Al valorar la evolución de la AN, se puede observar que sigue un curso variable: recuperación completa después de un único episodio, patrón fluctuante con recaída o crónico con indicación de ingreso hospitalario (APA, 2014). Las cifras de mejoría no llegan a la mitad de las pacientes que sufren el problema, lo que le convierte en un problema grave. Algunos datos más optimistas hablan de una remisión a los cinco años del inicio (APA, 2014).

Determinados estudios más recientes sitúan en un 44% de las pacientes con AN que se recupera, 28% mejora, 23% se cronifica y el 5% fallece. (Aguinaga y cols., 2000). Estas cifras son muy similares a las recogidas por otros estudios posteriores, donde se registran cifras de menos de la mitad de mejoría, 33% de mejora, 20% cronificación y 5% fallecimiento (Steinhausen, 2009). Las causas de la mortalidad en el caso de la AN (5%) suelen deberse a complicaciones médicas asociadas a la enfermedad o por suicidio (APA, 2014).

En cuanto a la BN, la evolución del trastorno se presenta también variable: puede ser crónico o intermitente con períodos de remisión alternándose con atracones (APA, 2014). La mayoría en este caso de los síntomas disminuyen con el tiempo. Para Yager se produce una recuperación espontánea, aunque poco estable entre el 25% y el 30% de las pacientes que llevan uno o dos años de tratamiento. Un dato favorable en cuanto a la BN, es que se beneficia de un mejor pronóstico que la AN. El seguimiento de un programa intensivo hace que un 60% se recupere, 29% mejore, 10% empeore y el 1% fallezca. Sin embargo, el aspecto negativo de este trastorno es la todavía elevada tasa de mortalidad (2% por década), normalmente asociada a suicidio u otras causas (APA, 2014). Aun así, los datos de mortalidad en ambos trastornos siguen situando a la BN en una posición más favorable frente a la AN (0,3% frente a un 5%) (Steinhausen y cols., 2009).

CAPÍTULO 2

INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN SECUNDARIA

*La sociedad está dividida en dos grandes clases:
la de los que tienen más comida que apetito
y la de los que tienen más apetito que comida
(Nicolás Chamfort)*

2.1 ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE TCA

La investigación de la epidemiología de los TCA ha sufrido un gran avance en nuestro país. Hemos pasado de no tener apenas datos fiables “a ser probablemente la nación europea con más grupos de trabajo y estudios metodológicamente rigurosos en población general adolescente y juvenil” (Ruiz-Lázaro, y cols., 2010).

Mientras que para algunos autores no existe un incremento real de estas patologías (Fombonne E., 1995; 1996; Vant’Hof SE, 1994), para otros está alcanzando proporciones epidémicas (Scheinberg Z., 1992; Szabo P., 1994).

El recorrido de los estudios epidemiológicos comienza alrededor de los años 70. Es en estas fechas donde nos encontramos numerosas publicaciones que se mantienen hasta nuestros días. Cabe destacar, que no es hasta los años 80 cuando comienzan a aparecer los primeros estudios de prevalencia de TCA con entrevista diagnóstica en población general, lo que aumenta su rigor científico.

Alrededor de 1998, la Consejería de Sanidad (Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid, 2002, 2003, 2005, 2012) pone en marcha una línea de investigación epidemiológica para intentar averiguar la magnitud de los TCA. Utiliza aquellos sujetos que han requerido ingreso hospitalario y los datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmisibles de jóvenes (SIVFRENT-J). Una de las limitaciones metodológicas de este estudio es que la muestra recoge aquellos sujetos que tienen una sintomatología más acentuada, por lo que pierde datos de aquellos sujetos menos graves. A continuación se detallan los resultados que han ido obteniendo a lo largo de los años:

1. 1985-86. Se observa un aumento en la prevalencia de TCA (de un 0% a un 0,90% en hombres y de un 1,55% a 4,69% en mujeres) y un aumento en población de riesgo en ambos sexos.
2. Años 90. La prevalencia de casos de TCA en población femenina es de alrededor del 4,5%.
3. 2000-01. Se estudia la prevalencia de casos clínicos en población femenina adolescente (15-18 años) de la Comunidad de Madrid. Un 3,7 % presenta TCA (0,6% AN, 0,6% BN). Siendo los más frecuentes los TCANE con un 2,1%.
4. 2003. Un 34,3% de chicas muestra una percepción de sobrepeso u obesidad y un 15,7 % de chicos.
5. 2004. Aparece un descenso en la percepción de sobrepeso-obesidad en chicas y un incremento en restricción alimentaria de 24 horas en chicos.
6. 2011. Desde 1999 la prevalencia en la percepción de imagen corporal con sobrepeso u obesidad disminuye en ambos sexos (33,7% chicas y 16,6% chicos). En chicas se mantienen los vómitos autoprovocados y conductas purgativas, y en chicos hay un aumento en el uso de dietas y en la prevalencia de dieta de 24 horas (2,8% chicas frente a 0,3% chicos).
7. 2012. Las conductas se mantienen o incluso disminuyen en chicas y se mantienen o incrementan en chicos. En el caso de ejercicio excesivo para controlar el peso o figura, aumenta en ambos sexos, siendo predominante en chicos.

El Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2012) recoge además, algunos de los trabajos más recientes desarrollados en nuestro país, destacando los estudios realizados en Navarra (2005) con mujeres de 13 a 22 años que tras 18 meses de seguimiento obtuvieron 3200 casos nuevos de TCA por 100000 personas al año; el estudio de Reus (2008) realizado con población femenina de 12 a 21 años de edad que obtuvo una prevalencia de 0,9% (AN), 2,9% (BN) y 5,3% (TCANE); y por último, el estudio de Galicia (2012) con una prevalencia de 3,1 (AN), 4,4 (BN) y 6,5 (TCANE). Estos son algunos de los muchos esfuerzos de nuestro país en la investigación de la prevalencia de los TCA.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5; APA 2014), los TCA tendrían en la actualidad una prevalencia del 0,4% en AN y 1-1,5% en BN para las mujeres jóvenes, desconociendo la prevalencia para hombres. La proporción entre mujeres y hombres sería, en ambos TCA, del 10:1. En cuanto al trastorno de atracón la prevalencia sería de 1,6 para las mujeres y 0,8 en hombres. La proporción por géneros está mucho más equilibrada que en BN.

Si se reflexiona sobre los datos recogidos hasta ahora por diferentes investigadores es posible destacar:

- a. Un inicio temprano para la AN (10-25 años): el mayor riesgo para sufrir AN está en la adolescencia media y tardía (entre los 13 y 18 años), a pesar de que aparecen casos en niñas prepúberes y adultas. Y un inicio en la BN de aparición más tardía (24-40 años).
- b. Un 90% o 95% de los afectados son mujeres. La proporción para la AN y BN es de 10 mujeres: 1 varón.
- c. Una frecuencia más elevada en la BN frente a la AN (1 a 3% frente a un 0,4% respectivamente).
- d. La mayor frecuencia de los casos no especificados o atípicos (alrededor de un 3%), dentro de los TCA.

- e. Una variabilidad en la presencia de los TCA a lo largo de los años. Desde principio de los 90, la incidencia de AN ha aumentado en el grupo de mayor riesgo (mujeres de 15 a 19 años), mientras que ha disminuido en la BN.
- f. Una elevada mortalidad. La tasa de mortalidad (por complicaciones médicas asociadas o suicidio) para la AN es de un 5%, siendo algo menor para la BN con un 2%.
- g. Una relación discutida en la actualidad de los TCA y clase social. En los primeros estudios sí había una estrecha relación de AN en las clases alta y media-alta, y BN en la clase media-baja. Esta relación no se encuentra tan establecida en investigaciones más recientes.
- h. Una inconsistencia en los últimos estudios que relacionan los TCA y raza. Investigaciones iniciales mostraban que los TCA predominaban más en las mujeres occidentales de raza blanca, sin embargo los últimos estudios que investigan este factor no son tan determinantes en esta afirmación.

A continuación se observa la prevalencia en España de los TCA. En la tabla que figura en primer lugar (ver Tabla 2.1.), se recogen algunos de los estudios en España más relevantes realizados en dos fases y por tanto, con mayor rigor científico.

Tabla 2.1 Estudios en dos fases de prevalencia de TCA en España

Estudio	Fecha	Ciudad	Edad	N	Instrumentos	Prevalencia %
Morandé et al	1985 1986 1987	Madrid	X=15	636 F 86 M	EAT, GHQ	Mujeres 1.55 TCA Varones 0 TCA

Tabla 2.1. Estudios en dos fases de prevalencia de TCA en España (continuación)

Estudio	Fecha	Ciudad	Edad	N	Instrumentos	Prevalencia %
Morandé et al	1993 1994 1997 1999	Móstoles	X=15	725 F 520 M	EDI, GHQ	Mujeres 0.69 AN, 1.24 BN, 2.76 TCANE, 4.69 TCA Varones 0.0 AN, 0.36 BN, 0.54 TCANE, 0.90 TCA
Canals et al	1997	Reus	7-18	152F 138M	EAT, SCAN	Mujeres 5.2 TCA CIE-10, 2.6 TCA DSM-III-R Varones 0 TCA
Ruiz-Lázaro et al	1997	Zaragoza	12-18	2193 F 1854 M	EAT-40, EDI, CIMEC SCAN	Mujeres 0.14 AN, 0.55 BN 3.83 TCANE, 4.5 TCA
Pérez Gaspar Gual et al	1997 2000	Navarra	12-21	2862F	EAT-40	Mujeres 0.31 AN, 0.76 BN, 3.07 TCANE, 4.1 TCA

Tabla 2.1. Estudios en dos fases de prevalencia de TCA en España (continuación)

Estudio	Fecha	Ciudad	Edad	N	Instrumentos	Prevalencia %
Rojo et al	1999 2003	Valencia	12-28	544	EAT-40, SCAN DSM-IV criterios	Mujeres 0.45 AN, 0.41 BN, 4.31 TCANE, 5.17 TCA Varones 0.77 TCA
Imaz et al	1999	Valladolid	12-28	3434	GHQ-28 EDI-2 SCID	Mujeres 0.88 AN, 0.37 BN, 3.86 TCANE, 5.26 TCA Varones 0.11 AN, 1.59 TCANE, 1.7 TCA
Beato et al	2000 2001	Castilla La Mancha	15	1076	GHQ-28 EAT-40 BITE BSQ... SCAN	Mujeres 6.4 TCA Varones 0.6 TCA
Gandarillas et al	2002	Madrid	15-18	1238	EDI, EAT-26 EDE-12	Mujeres 0.6 AN, 0,6 BN, 2.1 TCANE, 3.4 TCA
Petit et al	2002	Madrid	12-14	3836	EDI, EAT-26	Mujeres 0.5 TCA 10 Pobl. Riesgo

Tabla 2.1. Estudios en dos fases de prevalencia de TCA en España (continuación)

Estudio	Fecha	Ciudad	Edad	N	Instrumentos	Prevalencia %
Peláez et al	2002 2007	Madrid	12-21	1543	EAT-40 EDD-Q EDE	Mujeres 0.11 AN, 2.29 BN, 2.73 TCANE, 5.13 TCA Varones 0.0 AN, 0.16 BN, 0.48 TCANE, 0.64 TCA
Arrufat et al	2006	Osuna	14-16	147 F 1133 M	EAT-26 CDRS, DICA-IV	Mujeres 0.35 AN, 0.44 BN, 2.7 TCANE, 3.49 TCA Varones 0.0 AN, 0.09 BN, 0.18 TCANE, 0.27 TCA
Muro y Amador et al	2006	Barcelona	10-17	1155	EDI-2 EDE-12	Mujeres 2.31 TCANE Varones 0.17 TCANE
Sancho et al	2007	Tarragona	X=13,4	1336	ChEAT, DICA-C DICA-P DICA-A	DICA-C 3,44 TCA DICA-A 3,81 TCA
Ruiz-Lázaro et al	2007	Zaragoza	13-13	701	EAT-26, SCAN	Mujeres 1.5 TCA Varones 0 TCA

Adaptado de Ruiz-Lázaro et al. (2010)

CIMEC: *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal* (Toro, Salamero y Martínez, 1999); EAT: *Eating Attitudes Test* (Garner y Garfinkel, 1979); EDDQ: *Eating Disorders Diagnostic Questionnaire* (Mintz, O'Halloran, Mulholland, y Schneider, 1997); EDE (12 ed.): *Eating Disorder Examination (12ª edición)* (Fairburn y Cooper, 1993); EDI: *Eating Disorders Inventory* (Garner, Olmsted y Polivy, 1983); BITE: *Bulimia Investigatory Test Edinburgh* (Henderson y Freeman, 1987); BSQ: *Body Shape Questionnaire* (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987); ;. ChEAT: *Children's Eating Attitudes Test* (Maloney et al, 1988) GHQ: *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1972);

Si uno se detiene a analizar los datos de la prevalencia de los TCA en la Comunidad de Madrid, se refleja un incremento en las cifras (ver tabla 2.1). Desde el primer estudio realizado por Morandé et al (1985) hasta llegar a la última réplica realizada (1999), se puede observar el siguiente incremento en la prevalencia de los TCA: en los varones se pasa de un 0% de prevalencia a un 0.90%, mientras que el incremento en las mujeres es mucho más sustancial pasando de un 1.55% a un 4.69%. Este aumento también se pone de manifiesto en los estudios realizados por Peláez et al (2002; 2004) en el que se reflejan cifras de prevalencia en torno al 5.13% para las mujeres y del 0,64% para los hombres.

Los datos en el resto de las comunidades de España no difieren mucho de la Comunidad de Madrid, con una prevalencia en torno al 4% o 5% para la mujer en función de los estudios, situando las cifras alrededor del 5,4% en Zaragoza, 4,1% en Navarra, 5,1% en Valencia 5,2 % en Valladolid o un porcentaje algo menor para Osuna del 3,4 %. En el caso de los varones no todos los estudios recogen muestra masculina, si bien, los que lo hacen apuntan en la misma línea que los referidos en la Comunidad de Madrid con una prevalencia para Valencia del 0,77 %, Valladolid 1,7 % y una vez más algo menor en Osuna con un 0,1 %.

El aumento en las cifras de prevalencia de TCA en otros países también aparece del mismo modo que en España, en torno al 1% para la BN y algo menor con un 0.5% en el caso de la AN. A continuación se detallan algunos de los estudios realizados fuera de España (Tabla 2.2.).

Tabla 2.2 Estudios epidemiológicos fuera de España

Estudio	Fecha	País	Edad	N	Prevalencia %
Drewnowski	1988	Estados Unidos	Univ.	1007	Mujeres 1 BN Varones 0.2 BN

Tabla 2.2. Estudios epidemiológicos fuera de España (continuación)

Estudio	Fecha	País	Edad	N	Prevalencia %
Johnson-Sabine et al	1988	Gran Bretaña	14,16	1010	Mujeres 1 BN, 1.8 TCANE 2.8 TCA
Cullberg et al.	1988	Suecia		77.728	Mujeres 22 por 10 elevado a 5 AN 41 por 10 elevado a 5 BN
Kingl	1989	Gran Bretaña	16 a 35	748	Mujeres 0 AN 1.1 BN 3.9 TCA Varones 0 BN 0.5 BN, 2.8 TCANE, 0.5 TCA
Rastam et al.	1988	Suecia	15	4291	Mujeres 0.5 AN Total 0.9 AN
Lucas et al		USA		13,559	Mujeres 269,9 por 10 elevado a 5 AN Varones 22,5 por 10 elevado a 5 AN
Whitaker et al.	1990	Estados Unidos	14 a 17	5596	Mujeres Total 0,3 AN.....0.2 AN 4 BN2.5 BN
De Azebedo et al.	1992	Portugal		1.234	0,48 AN 4 BN

Tabla 2.2. Estudios epidemiológicos fuera de España (continuación)

Estudio	Fecha	País	Edad	N	Prevalencia %
Rathner y Messner	1993	Italia	11 a 20	517	Mujeres 0.6 AN 0 BN 1.6 TCA 0.6 casos subclínicos AN 0.4 casos subclínicos BN
Flament et al	1995	Francia	16 a 35	3,527	Mujeres 1.1 BN Varones 0.2 BN
Garfinkel et al	1995	Canadá	15 a 65	9953	Mujeres 1.1 BN Varones 0.1 BN
Gotestam	1995	Noruega		1,849	0.4 AN 1.6 BN
Lewinson et al	2000	Estados Unidos	8 y 23	1709	0.6 AN, 2.8 BN Entre los 8-19 a: 1.5 AN 2 BN
Namakura et al	2000	Japón			Mujeres 4.79 por 10 elevado a 5 AN 1.02 por 10 elevado a 5 BN
Westenhofer	2001	Alemania		4285	1.1 BN

Datos tomados de Guerra-Prado et al (2001) en edades comprendidas entre 15-29 años, Documentos técnicos de salud pública (2003)

2.2 ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE TCA EN ADOLESCENTES

Algunos datos muestran que los TCA (AN y BN), tienen mayor presencia durante la etapa evolutiva de la adolescencia (de hecho son la tercera enfermedad crónica de los adolescentes) y dentro de estos trastornos, los TCANE son sin duda los más frecuentes. Esta etapa evolutiva se caracteriza por cambios biológicos, psicológicos, además de un culto a la belleza, cambios que facilitan la aparición de dichos trastornos.

Hay estudios que sitúan a esta población adolescente con una prevalencia alrededor del 0,3% al 2,2% para la AN (Swanson y cols., 2011) y del 0,1% al 2 % para la BN (Peláez-Fernández y cols., 2007; Merikangas KR y cols., 2010). En alguna investigación anterior a estas más recientes se habla de un índice para la BN de 0,8% en adolescentes y un 2,8% en jóvenes adultas (Lewinsohn y cols., 2000).

Si se atiende la presencia de estos trastornos, teniendo en cuenta la edad, los hallazgos demuestran mayor presencia en individuos sobre todo de menor edad, llegando a adquirir porcentajes de 6% de adolescentes tardíos varones y a un 15% en mujeres (Stice y cols., 2013 y Allen y cols., 2013). A pesar de que los diagnósticos de TCA en niños antes de la pubertad son extremadamente raros (hay estudios que indican la presencia de sintomatología de TCA antes de la pubertad, no obstante el diagnóstico no es frecuente), aparece un rápido incremento en la prevalencia en el transcurso de la pubertad y adolescencia (Bulik y cols., 2002). La edad más frecuente de aparición de la AN se sitúa entre los catorce y los quince años (80%), aunque un 10% sufre dichas enfermedades antes de los doce años y un porcentaje similar después de los dieciocho. Esta edad de aparición se ve algo más retrasada en la BN, mostrando mayor riesgo las adolescentes comprendidas entre 15 y 19 años, y mujeres jóvenes entre 20 y 24 años (Van Son y cols., 2006).

En cuanto a la variable sexo, la mayoría de los estudios reflejan una mayor prevalencia de los TCA entre los adolescentes de sexo femenino, en contra de los resultados obtenidos por autores como Swanson y cols., (2011) en los que no encuentran diferencias significativas a lo largo del tiempo entre ambos sexos (13 a 18 años).

A pesar de todas estas investigaciones, es necesaria la realización de estudios epidemiológicos rigurosos centrados tanto en población adolescente temprana como en población masculina. La dificultad en aplicar los criterios diagnósticos comentada anteriormente por no ajustarse plenamente a esta etapa, contribuye en cierto modo, a hacer más laboriosa la tarea de averiguar las tasas de ocurrencia. Si bien la incidencia actual de los TCA en la adolescencia temprana (10-14 años) es muy baja, los datos apuntan a que los factores de riesgo en esta etapa de la adolescencia son la escalada para desarrollar un TCA (Rohde y cols., 2015), por lo que se requiere una investigación más precisa.

La realidad en estos momentos es que, en todos los institutos de bachillerato, centros de formación profesional y facultades universitarias hay casos de AN y BN. En un estudio desarrollado por Morandé (Morandé, 1999) en estudiantes de centros de bachillerato de Madrid, encontraron que un 49% de las chicas están preocupadas por adelgazar, en contraste de un 7% de los chicos que tiene los mismos deseos. Toro encuentra unos porcentajes algo superiores en Barcelona, con similar dispersión por sexo.

En el estudio de Móstoles (Madrid), realizado en 1993-1994, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) afectan al 4,7% de las adolescentes de 15 años. Este porcentaje se reparte de la siguiente manera: 0,69% AN, 1,24% BN y un 2,76 % síndromes parciales o atípicos para las mujeres. En hombres la frecuencia es menor con respecto a las mujeres: 0% AN, 0,36% BN y 0,54% cuadros incompletos. Estos cuadros van en aumento en los últimos años, de la misma forma que sufre un incremento la población de riesgo, pasando de un 11,6% al 17,3% (Morandé, 1998).

Este trabajo se realizó con población escolar adolescente de Madrid de diversas clases sociales (ver Tabla 2.3.).

Tabla 2.3 Prevalencia de TCA en adolescentes de Madrid. De 1985-1986 a 1993-1994 (Morandé G, Celada J, Casas J)

	1985-1986		1993-1994	
	Hombres.....	Mujeres	Hombres	Mujeres
1. Anorexia nerviosa	0%	0,31%	0%	0,69%
2. Bulimia nerviosa	0%	0,9%	0,36%	1,24%
3. Cuadros incompletos	-	-	0,54%	2,76%
3.1. Anorexia incompleta	-	-	0,36%	1,10%
3.2. Bulimia incompleta	0%	1,55%	0,18%	1,66%
4. Suma de trastornos	1,20%	11,6%	0,90%	4,69%
5. Población de riesgo			1,96%	17,36%

En 1995, con similar metodología, la prevalencia de AN en mujeres se triplica, con cifras cercanas al 1,1%, y en BN al 2,1%. Los porcentajes registrados en varones siguen siendo muy minoritarios en estos años. (Ver Tabla 2.4).

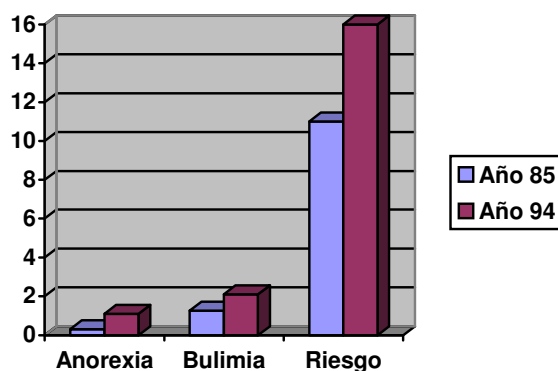


Figura 2-1 AN, BN, Riesgo y prevalencia en población femenina

Es en la última década, cuando la población adolescente española crece en estatura y peso, pero lo hacen en mayor proporción aquellos que se ven gordos o tratan de adelgazar. Un 35% de las jóvenes ha hecho régimen para adelgazar una o más temporadas y el 10% más de dos. El 46% ha hecho ejercicio con iguales fines y un 10% más de dos temporadas (Martínez y cols, 1993). Una comparativa de los cambios sufridos entre los años ochenta y los años noventa se recoge a continuación (ver Tabla 2.4)

Tabla 2.4 Comparativa de datos antropométricos (1985-1986, 1993-1994 (Morandé G, Celada J, Casas J)

	1985-1986		1993-1994	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
N	82	636	520	725
Edad	15,30	15,10	15,3	15,07
Peso	58,40	51,72	63,01	54,73
Estatura	170	162	172,93	163,89
IMC	20,20	19,70	21,11	20,54

Se ven gordas	6 (7%)	140 (22%)	71 (13,76)	292 (43,13 %)
GHQ	2,56	8,37	7,45	11,24

Si se ha comentado que es necesario un estudio más riguroso en esta población, esto no quiere decir que no haya habido numerosos intentos por conseguir este objetivo. A continuación se describe brevemente algunos de los estudios epidemiológicos sobre TCA realizados en población adolescente temprana llevados a cabo en nuestro país (ver Tabla 2.5.). Los estudios recogidos son aquellos cuya edad recoge en su mayoría los 12 años, destacando el estudio en trastornos de la conducta alimentaria no especificado realizado en Barcelona cuya edad de inicio menor tomada es de 10 años.

Excepto el estudio anteriormente mencionado, la mayoría de los estudios en prevalencia en población adolescente centran su investigación en una muestra cuya edad inferior es de doce años y cuya edad superior varía de unas investigaciones a otras. El límite superior en quince o dieciocho años se observa en Ciudad real (12-15 años) con una prevalencia del 6,41 % en mujeres o en Zaragoza (12-18 años) con una prevalencia del 4,68 % en mujeres y 0,9 % en hombres. Otros estudios alargan esta franja de edad hasta los veintiún años como se puede ver en los estudios desarrollados en Madrid (12-21) 5,13 % en mujeres y 0,64% en hombres, Reus (12-21) 9,1 % en mujeres, o Navarra (12,21) 4,1 % en mujeres. Otro grupo de estudios alargan hasta los veintiocho años la edad de aplicación como es el caso de Valencia (12-28) 5,17 % en mujeres y 0,77 % en hombres o Valladolid (12-28) 5,26 % en mujeres y 1,7 % en hombres. Por último, un estudio inicia el desarrollo de la investigación en población con catorce años, como es el caso de Osuna (14-16) con una prevalencia del 3,49 % en mujeres y de 0,27 % en hombres.

Tabla 2.5 Estudios de prevalencia en población adolescente temprana de TCA en España

Estudio	Fecha	Ciudad	Edad	N	Prevalencia %
Ruiz Lázaro et al	1997	Zaragoza	12-18	2193	Mujeres

Capítulo 2. Incidencia de los TCA en Secundaria

				1854M	0.69 AN, 1.24 BN, 2.76 TCANE, 4.69 TCA Varones 0.0 AN, 0.36 BN, 0.54 TCANE, 0.90 TCA
--	--	--	--	-------	--

Tabla 2.5. Estudios de prevalencia en población adolescente temprana de TCA en España (continuación)

Estudio	Fecha	Ciudad	Edad	N	Prevalencia %
Pérez Gaspar Gual et al	1997 2000	Navarra	12-21	2862F	Mujeres 0.31 AN, 0.76 BN, 3.07 TCANE, 4.1 TCA
Imaz et al	1999	Valladolid	12-28	3434	Mujeres 0.88 AN, 0.37 BN, 3.86 TCANE, 5.26 TCA Varones 0.11 AN, 1.59 TCANE, 1.7 TCA
Rivas et al.	2001	Málaga	12-21	1555	Mujeres 0.4 AN, 0.6 BN,

					Varones 0.5 AN, 0.2 BN
Rojo et al	1999 2003	Valencia	12-28	544	Mujeres 0.45 AN, 0.41 BN, 4.31 TCANE, 5.17 TCA Varones 0.77 TCA

Tabla 2.5. Estudios de prevalencia en población adolescente temprana de TCA en España (continuación)

Estudio	Fecha	Ciudad	Edad	N	Prevalencia %
Rodríguez Cano T et al	2005	Ciudad Real	12-15	1766	Mujeres 0.17 AN, 1.38 BN, 4.86 TCANE, 6.41 TCA
Arrufat	2006	Osona	14-16	2280	Mujeres 0.35 AN, 0.44 BN, 2.70 TCANE, 3.49 TCA Varones 0.0 AN, 0.09 BN, 0.18 TCANE, 0.27 TCA
Muro et al.	2006	Barcelona	10-17	1555	Mujeres 2.31 TCANE Varones 0.17 TCANE
Sancho et al.	2007	Tarragona	X=13,4	1336	DICA-C 3.44 TCA DICA-A 3.81 TCA

Peláez et al.	2007	Madrid	12-21	1543	Mujeres 0.11 AN, 2.29 BN, 2.73 TCANE, 5.13 TCA Varones 0.0 AN, 0.16 BN, 1.48 TCANE, 0.64 TCA
----------------------	------	--------	-------	------	---

Tabla 2.5. Estudios de prevalencia en población adolescente temprana de TCA en España (continuación)

Estudio	Fecha	Ciudad	Edad	N	Prevalencia %
Olesti M et al.	2008	Reus	12-21	551	Mujeres 0.9 AN, 2.9 BN, 5.3 TCANE, 9.1 TCA

2.3 LIMITACIONES METODOLÓGICAS

El estudio de la incidencia (aparición de nuevos casos en un momento determinado) o la prevalencia (número de casos presentes en un tiempo determinado) de los TCA sigue siendo necesario para esclarecer el panorama actual.

En ciertos estudios (Aguinaga y cols.; 2000), se habla de un incremento en las tasas de incidencia y prevalencia de la AN y BN, a la vez que defienden una aparición precoz. Sin embargo, en todos estos años de publicaciones, ha habido discrepancia acerca del

aumento de prevalencia por parte de los estudios, fundamentalmente motivada por las posibles razones de la variación en estas cifras.

De este modo, algunos estudios (Chinchilla, 1994) defienden ese incremento de la prevalencia y aluden las siguientes razones:

- mejoras en el diagnóstico,
- error de diagnóstico con otros cuadros,
- mayor tendencia a las dietas en los adolescentes,
- rápido desarrollo de la pubertad en las últimas generaciones,
- problemas psicológicos en las adolescentes de tipo existencial diferentes al de las otras generaciones,
- mayor difusión social del tema en los medios audiovisuales.

En la misma línea, ciertos autores (Guerro-Prado, D. y cols., 2001) defienden el incremento de la prevalencia y argumentan este incremento de forma muy similar a Chinchilla:

- mejora de los procedimientos de evaluación diagnóstica y de screening,
- cambio de los valores estéticos de la sociedad (cuerpo esbelto y delgado como ideal) que predispone a realizar dietas,
- influencia de los medios de comunicación que promueven por un lado, un cuerpo esbelto (y asocian el cuerpo esbelto con éxito familiar, social o laboral) y por otro informan de forma alarmante a la sociedad de los TCA,
- creación de unidades específicas que provocan una mayor demanda de la atención y tratamiento.

Estas razones que podrían dar una explicación al aumento de las cifras en la prevalencia es lo que lleva a algunos de los investigadores a concluir que no hay un incremento real de casos sino que el aumento en cifras se debe a otros factores como un cambio en el valor estético hacia la extrema delgadez, presión mediática y mejora en los criterios diagnósticos y en instrumentos de evaluación.

Otra posible explicación de esta alteración en las cifras podría encontrarse en ciertas limitaciones metodológicas presentes en los estudios (Guerro-Prado y cols., 2001; Ruiz-Lázaro y cols., 2010; Portela de Santana y cols., 2012; Swanson y cols., 2014):

1. Recogida de la información: correo, encuesta telefónica, anónimos o dirigidos a la población sensibilizada entre otras.
2. La mayoría de los cuestionarios empleados son auto-administrados, por lo que los resultados están condicionados a la sinceridad (en el caso de los TCA los sujetos tienden a ocultar los síntomas) y no se llega a través de ellos a un verdadero diagnóstico de AN o BN (sólo se llega tras la entrevista por un clínico experimentado).
3. Los estudios epidemiológicos de los TCA en adolescentes han dependido del autoinforme, aun a sabiendas de que los adolescentes minimizan los síntomas o los tienden a ocultar y sin tener en cuenta el valor informativo de los padres (Swanson y cols., 2014).
4. La muestra seleccionada está sesgada, ya que la mayoría de los estudios recoge población femenina, dirigidos a edades en un rango reducido (sería interesante ampliar el intervalo que cubra casos de aparición temprana o tardía del TCA) o población generalmente urbana.
5. La recogida de la muestra se hace mayoritariamente en consultas de atención primaria, pacientes que proceden de población psiquiátrica ambulatoria, hospitales generales o psiquiátricos. Suele quedar excluida de los estudios la población no escolarizada por ser de difícil acceso.
6. Muchos de los estudios presentan resultados originarios de los servicios de salud carentes de rigor científico.
7. Es difícil diferenciar los cuadros clínicos establecidos de categorías subclínicas.
8. Aparece una gran variedad en los instrumentos de detección y diagnóstico (en función de la clasificación utilizada aumentan las cifras de prevalencia o disminuyen).

9. Los criterios diagnósticos más frecuentemente empleados en los estudios epidemiológicos, los criterios de la APA, se ven afectados por los cambios en las diferentes versiones desarrolladas a lo largo de los años.
10. Los criterios diagnósticos empleados para la recogida de datos, son difícilmente aplicables a niños y adolescentes (en el inicio de la pubertad puede haber ausencia de menstruación o en el periodo de menarquía la menstruación puede caracterizarse por flujos irregulares, etc.).
11. El tipo de estudios empleados con más frecuencia presenta menor rigor científico. La mayoría de los estudios empleados son de una fase. Estudios de una fase como los basados en cuestionarios de auto-informe (calculan las tasas de prevalencia a partir de las respuestas de los sujetos a los cuestionarios) frente a los estudios de doble fase (en una primera fase se pasa un cuestionario a todos los sujetos y en la segunda fase una entrevista sólo a aquellos que han igualado o superado el punto de corte del instrumento aplicado en la primera fase), a pesar de ser más rigurosos éstos últimos.

Como se ha dicho al inicio del capítulo, los estudios epidemiológicos han sufrido un gran avance en las investigaciones, subsanando poco a poco las deficiencias metodológicas. Si a esto se añade la creciente mejora en los criterios diagnósticos y en los instrumentos de evaluación de síntomas de TCA, el final hacia estudios epidemiológicos más rigurosos y por tanto un mejor conocimiento de la prevalencia de los TCA, está cada día más cerca.

Capítulo 2. Incidencia de los TCA en Secundaria

CAPÍTULO 3

INFLUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO EN UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR

Lo importante es no dejar de hacerse preguntas

(Albert Einstein)

En el campo de los trastornos de la conducta alimentaria todavía quedan muchas preguntas por responder. Saber por qué se producen los TCA, cuándo se inician, quién tiene más riesgo a desarrollar los TCA, dónde tienen lugar o qué factores predisponen o desencadenan los TCA, se convierten en uno de los grandes retos de las investigaciones actuales. A medida que avanza la investigación aparece un mayor consenso en algunas de las respuestas (p.ejm., hay acuerdo entre los investigadores en que los TCA se inician en la adolescencia o que se dan de forma mayoritaria en la población femenina, entre otros).

En este sentido, la prevención primaria de los TCA requiere para realizar un trabajo eficaz, conocer a fondo el papel de los factores de riesgo (entendiendo como factor de riesgo cualquier circunstancia o variable que disminuye, O'Connor y Rutter, 1996, o aumenta la probabilidad de que el problema se desarrolle; Kraemer y cols, 1997), y averiguar cuándo empiezan a ser predictores de futuros TCA.

Este conocimiento de los factores implicados en el desarrollo de un TCA también necesita tener en consideración aquellos factores de riesgo que no pueden ser variados (sexo, familias con TCA, historia previa de trastornos psiquiátricos, etc.), ya que el objetivo de un programa de prevención eficaz se centra en aquellos factores de riesgo con capacidad de modificación.

Al mismo tiempo, también se debe tener en cuenta que cuando se habla de identificar factores de riesgo, se habla no sólo de un factor de riesgo implicado en los TCA sino de varios y que provienen de diferentes influencias. Así pues, los factores ambientales pueden estar influenciados por los factores genéticos o biológicos, del mismo modo que pueden ser las características psicológicas relacionadas con factores genéticos y sucesos estresantes ambos relacionados con los factores ambientales.

En esta línea, el objetivo principal de las investigaciones es llegar a identificar los factores de riesgo y de protección de los TCA, al mismo tiempo que se observa la posible interacción de los factores genéticos y ambientales (Halmi, 2005). Las investigaciones en estos momentos están más centradas en la búsqueda de los factores de riesgo presentes en los TCA, ya que se desconoce actualmente, si realmente existen factores de protección o simplemente es una ausencia de factores de riesgo.

Con estas aclaraciones previas, algunos de los desafíos a la hora de diseñar un programa de prevención escolar en la actualidad se centran pues, en identificar aquellos factores de riesgo modificables, con un diseño de intervención que facilite el cambio en actitudes y comportamientos de riesgo relacionado con los TCA y que sea de fácil aplicación en el aula.

La importancia del conocimiento de los factores de riesgo implicados en los TCA es tal, que diversos autores, a través de sus investigaciones, llegan a la siguiente conclusión: “la investigación básica donde se ubica el campo de la prevención es en los factores de riesgo”.

Esta afirmación tan rotunda es debida a que su conocimiento permite ofrecer fundamentos seguros a los programas preventivos que se desarrollen. A partir de los factores de riesgo se pueden construir programas que nos alejen de actuaciones bien intencionadas, pero mal llamadas preventivas en las que se desconoce su eficacia. Es evidente pues, la importancia de lograr un mayor conocimiento de estos factores, y sin embargo, esta es una limitación generalizada de los programas de prevención, que también afecta a nuestra investigación.

A pesar de los numerosos estudios realizados hasta la fecha en la búsqueda de los factores de riesgo (Rohde P., Stice E. y Marti N., 2015; Slane y cols., 2014; Portela y cosl., 2012; Culbert y cols., 2009; .Gardner y cols., 2000; Lázaro, 1999; Morandé, 1999;

Crisp, 1988; Vandereycken, 1998; Fairburn y cols., 1997, 1999; Strober y Humphrey, 1987; Carter y cols., 1997; O'Connor y Rutter, 1996; Walters y Kendler, 1996; Garfinkel y cols., 1996; Cooper, 1995; Levine y Smolack, 1994; Patton y cols., 1990; Polivy y Herman, 1985, etc.) no sólo su conocimiento sigue siendo insuficiente, sino también el orden ideal en el que deben presentarse en un programa para aumentar la eficacia del mismo.

Debra y cols (1998) sugieren para futuras investigaciones tener en cuenta algunas consideraciones como:

- incluir definiciones claras de los factores de riesgo presentes en los programas de prevención,
- mayor seriedad metodológica,
- exclusión del programa de participantes con algún diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria,
- así como analizar los componentes que forman el programa.

Taylor y Altman (1997), por otro lado, en su artículo *Priorities in prevention research for eating disorders* proponen como objetivo fundamental de la prevención primaria de los TCA reducir la incidencia de dichos trastornos, y para alcanzar este objetivo recomiendan seguir los siguientes pasos:

- Identificar los factores de riesgo,
- Demostrar que los factores de riesgo pueden ser modificados, y
- Demostrar que la modificación de los factores de riesgo conduce a una reducción en la incidencia del trastorno.

Dada la prioridad del conocimiento de los factores de riesgo, Vandereycken (1998) recoge algunos de los factores más estudiados por diferentes autores (ver Tabla 3.1). A medida que avanza el tiempo y las investigaciones, los resultados más recientes identifican factores presentes en mayor medida en los TCA y que presentan mayor valor de predicción en el desarrollo y mantenimiento de sintomatología relacionada con los TCA (ver Tabla 3.2.; 3.3.).

Tabla 3.1 Factores de riesgo en la Anorexia nerviosa y Bulimia nerviosa (Vandereycken (1998))

Factores de riesgo de la Anorexia Nerviosa	Factores de riesgo de la Bulimia Nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> • Educación de los padres (Walters y Kendler, 1996) • Problemas tempranos de alimentación (Cohen,1990; Rastam,1992) • Baja autoestima (Walters y Kendler, 1996) • Elevado neuroticismo (Walters y Kendler, 1996) • Sobreprotección maternal (Walters y Kendler, 1996) • Tener un familiar con anorexia nerviosa o bulimia nerviosa (Strober y cols, 1990; Walters y Kendler, 1996) • Psicopatología en los padres (Garfinkel y cols, 1996) • Abuso sexual infantil (Garfinkel y cols, 1996) 	<ul style="list-style-type: none"> • Menarquia precoz (Fairburn y col, 1997) • Control externo (Kender y cols, 1991) • Baja autoestima (Fairburn y col, 1997; (Kender y cols, 1991)) • Obesidad infantil (Fairburn y col, 1997) • Preocupación por el peso (Killen y cols, 1994) • Presión social sobre el peso o la comida, (Fairburn y col, 1997; Kender y cols, 1991) • Psicopatología en los padres (Fairburn y col, 1997; Kender y cols, 1991; Garfinkel y cols,1995) • Modelo parental inadecuado (Fairburn y col, 1997; Kender y cols, 1991) • Problemas entre los padres (Fairburn y col, 1997) • Abuso sexual infantil (Fairburn y col, 1997, Garfinkel y col.,1995)

Tabla 3.2 Principales factores de riesgo de la AN y BN (Faiburn y Harrison, 2003)

FACTORES GENERALES

- Sexo femenino
- Adolescencia y adultez temprana
- Vivir en una sociedad occidental

FACTORES ESPECÍFICOS INDIVIDUALES

Historia familiar

- TCA de cualquier tipo
- Depresión
- Abuso de sustancias, en especial alcoholismo (BN)
- Obesidad (BN)

Experiencias premórbidas

- Crianza negativa (en especial bajo contacto, altas expectativas, conflictos parentales)
- Abuso sexual
- Dieta en la familia
- Comentarios críticos en relación a la comida, figura o peso por parte de la familia o de otros
- Presión ocupacional y recreativa para estar delgada

Características premórbidas

- Baja autoestima
- Perfeccionismo (AN y en menor grado BN)
- Ansiedad y trastornos de ansiedad
- Obesidad (BN)
- Menarquía precoz (BN)

Tabla 3.3 Factores de Riesgo en la AN (Halmi, 2005)

<p>A. Familiar</p> <ul style="list-style-type: none">a. Miembros de la familia o parientes con AN o BNb. Miembros de la familia o parientes con depresión o abuso/dependencia de alcohol/drogas <p>B. Factores biológicos individuales</p> <ul style="list-style-type: none">a. Menarquía precozb. Ligero sobrepeso <p>C. Factores psicológicos individuales</p> <ul style="list-style-type: none">a. Perfeccionismo-personalidad obsesivab. Sensación de ineficacia, falta de confianza, baja autoestimac. Trastornos afectivos (depresión) <p>D. Comportamientos individuales</p> <ul style="list-style-type: none">a. Dietab. Desarrollar actividades o profesiones que enfatizan en control del peso: gimnastas, ballet, lucha, jockey, actores y modelos. <p>E. Culturales</p> <ul style="list-style-type: none">a. Vivir en una sociedad industrializadab. Énfasis en la delgadez como bellezac. Aumento significativo de peso en la población general en USA en los últimos 40 años <p>F. Acontecimientos vitales estresantes</p> <ul style="list-style-type: none">a. Muerte de un pariente cercano o amigob. Abuso sexual
--

Si es difícil averiguar qué factores de riesgo están implicados en los TCA, no lo es menos conocer la variación que sufren dichos factores a lo largo de los años. Recientes investigaciones manifiestan que los factores de riesgo en los TCA aumentan durante el paso de la adolescencia a la adolescencia tardía. A partir de determinadas características de la adolescencia, podríamos predecir comportamientos en la edad adulta. Este dato nos sugiere que, la presencia de síntomas relacionados con la alimentación podría estar presente antes incluso que en el inicio de la adolescencia, sin embargo, hay pocos estudios que examinen los factores de riesgo antes de la adolescencia media. El cambio sufrido entre la transición de la adolescencia tardía a la etapa adulta está menos claro.

La posible variación sufrida por determinados factores con el paso del tiempo ha sido recogida en estudios de diferentes:

- ✓ Calam y cols., (1998): detectan un incremento en síntomas bulímicos y dieta restrictiva en chicas de 12 a 19 años. La baja autoestima y perfeccionismo en los primeros años de la adolescencia no se convierten en predictores de TCA en el inicio de la edad adulta. Estos datos pueden ser opuestos a los resultados de otros autores (Button y cols., 1996; Wood y cols., 1994). Una de las razones de estas desigualdades podrían deberse al diferente tiempo de seguimiento.
- ✓ Lewinsohn y cols., (2000) y Field y cols., (2003): observan un aumento de atracones de 12 a 14 años.
- ✓ Gardner y cols. (2000) examinan en 216 chicos y chicas (6-14 años) durante tres años seis factores (peso, recibir burlas, estima corporal, insatisfacción corporal, depresión, percepción de la talla corporal, ideal de la talla corporal). Los resultados confirman la importancia de localizar el momento exacto en el que se convierte el factor de riesgo en predictor de un TCA. En el estudio la baja autoestima corporal se convierte en predictor a los 9 años, la depresión a los 10, la insatisfacción corporal y la talla corporal percibida a los 11 y el ideal de delgadez a los 12.
- ✓ Blodgett y cols. (2011): valoran la influencia social y concluyen que la familia ejerce una mayor influencia en los niños y niñas y adolescentes más jóvenes,

mientras que los amigos y los medios de comunicación lo hacen en la etapa de la adolescencia media y tardía.

- ✓ Bucchianeri y cols. (2013), valoran un grupo de chicas de secundaria con una media de edad de 12,8 años durante 10 años. Los datos revelan un aumento en la insatisfacción corporal de secundaria en adelante.
- ✓ Slane y cols. (2014) se concentran en el estudio de tres síntomas relacionados con los TCA: preocupación por el peso, insatisfacción corporal o atracones en chicas de 11 a 25 años (745). Los tres síntomas sufren incrementos de los 18 a los 25 años, sin embargo las conductas bulímicas se estabilizan de la adolescencia a la edad adulta. Los autores achacan como posible explicación de este aumento, a los cambios cognitivos en relación a la preocupación por el peso o la imagen corporal más que por alimentación alterada (atracones).
- ✓ Rohde y cols (2015) investigan seis factores de riesgo en chicas (13-21 años):
 1. presión de estar delgada (familia, amigos, medios de comunicación).
 2. ideal de delgadez (cómo le parecían atractivas las mujeres).
 3. Insatisfacción corporal (relacionada con algunas partes de su cuerpo).
 4. Dieta.
 5. Afecto negativo (comentarios).
 6. Masa corporal (IMC).

Encuentran que los tres primeros factores de riesgo enunciados indican un incremento lineal en todo el rango de edad: presión percibida para estar delgado (el mayor predictor), ideal de delgadez interiorizado e insatisfacción corporal. La dieta aumenta en edades entre 19 y 20 años y el afecto negativo es el único factor de riesgo que disminuye.

- ✓ El estudio “*Growing Up Today Study*” se centra en un grupo de chicas de 9 a 26 años. Los resultados muestran incrementos en la insatisfacción corporal y peso entre los 9 a 18 años y aumento en atracones de 16 a 17 años (aunque esta última variable es menos estable). Informan de un aumento en el diagnóstico de TCA

(BN, trastorno por atracón o TCNE) de 9 a 22 años pero un descenso de 23 a 26 años.

De este modo, se pone de manifiesto la importancia de asociar el momento evolutivo de la persona a los factores de riesgo durante el momento de la investigación.

Una vez presente toda la información en relación a los factores de riesgo, a continuación se desarrolla una revisión de los mismos recogida por diferentes autores y clasificados siguiendo la argumentación que define a los trastornos de la conducta alimentaria como un trastorno multifactorial en el que se ven implicados factores biológicos, psicológicos y sociales.

3.1 FACTORES BIOLÓGICOS

3.1.1 Neuroquímica

Las hipótesis biológicas han ido compitiendo poco a poco con otras hipótesis psicológicas, socioculturales y de otro tipo. Dado el carácter multifactorial de estos trastornos, es razonable pensar en la presencia de factores fisiológicos que interaccionen con otro tipo de factores y contribuyan a la aparición de los TCA. Hay que tener en cuenta en el estudio, que algunas de estas alteraciones podrían restablecerse con la recuperación del peso.

La aparición de alteraciones en la actividad neuroendocrina podría confirmar una vulnerabilidad biológica en el desarrollo de los TCA. Su estudio se centra en averiguar la relación que tienen en la regulación del peso corporal o conductas de ingesta.

1. Neurotransmisores

En la actualidad las investigaciones centran su interés fundamentalmente en la serotonina (SE; 5-HT), noradrenalina (NA) y dopamina (DA).

Tanto la serotonina como la noradrenalina están relacionadas con la regulación del apetito y mantienen efectos contrarios (5-HT inhibe el apetito, regula el peso y se le

relaciona con el humor mientras que la NA estimula el apetito). Algunos aspectos de la 5-HT están alterados después de la recuperación de las personas afectadas por un TCA, lo que lleva a considerar que podría predisponer a este tipo de trastornos o características presentes en los mismos, como puede ser el perfeccionismo. La influencia de la DA en el proceso de la alimentación viene determinada por la satisfacción ante la ingesta.

Los estudios con respecto a la SE sugieren que una anomalía en la actividad neuronal serotoninérgica puede contribuir, en relación a los TCA, a una alteración en la regulación del apetito, ansiedad, comportamientos obsesivos y pérdida de control de impulsos. Se ha comprobado que estas alteraciones persisten después de la recuperación clínica de los pacientes, lo que podrían dar explicación a la cronicidad de los TCA.

Este funcionamiento anómalo de la serotonina en los TCA está muy influido por los efectos de la dieta. La dieta en la AN se relaciona con la reducción en la neurotransmisión serotoninérgica. Así, una dieta restrictiva disminuye la cantidad de triptófano (aminoácido precursor de la serotonina) reduciendo la capacidad de producción adecuada de serotonina. Esta deficiencia en la producción de serotonina puede ser restituida de nuevo con la reintroducción progresiva de una rehabilitación nutricional para contrarrestar los efectos de esa disminución del aporte del triptófano en la dieta. En las investigaciones de la BN se ha visto cómo la administración de inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) disminuye los atracones.

Con respecto a los estudios de la influencia de la dopamina, ésta también juega un papel importante en relación con los TCA, ya que la secreción alterada puede contribuir a desarrollar síntomas relacionados con la AN, como problemas en la capacidad de toma de decisiones, actividad motora estereotipada o cambios en el patrón de ingesta alimentaria adecuado.

Por último, estudios relacionados con los neuropéptidos (leptina, beta-endorfinas o neuropéptido Y) han demostrado que influyen en la conducta alimentaria y el metabolismo energético. Un ejemplo sería la beta-endorfina, que estimula el deseo de comer y su presencia en la AN se encuentra disminuida. Una vez recuperado el peso, los niveles de neuropéptidos tienden a restablecerse. Por otro lado, el funcionamiento

anómalo de los neuropéptidos puede estar relacionado con una función anómala de las hormonas del crecimiento.

2. Factores endocrinos:

Una de las alteraciones presentes en los TCA, que afecta más específicamente a la AN, es la presencia de un trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, generando como consecuencia, amenorrea en la mujer y pérdida de interés sexual en el varón (CIE-10,1992). La pérdida de grasa produce una regulación a la baja de los ejes hipotalámico-hipofisario-gonadal, en contraste con una regulación al alta del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, con el fin de disminuir el metabolismo basal sin sacrificar energía para la actividad diaria, lo que explicaría síntomas como la amenorrea.

Otros autores también han mencionado esta alteración hipotalámica en la AN, desencadenada por un acontecimiento estresante vivido durante la adolescencia (Garfinkel y cols., 1981).

En ocasiones, las hormonas reproductivas durante la pubertad, pueden actuar como un factor de riesgo para desarrollar síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria (Harden y cols., 2014).

3.1.2 Genética

Qué parte corresponde al ambiente y qué parte a la herencia continúa siendo una de las grandes preguntas en alimentación. La responsabilidad de la contribución genética en los TCA y su consideración como factor de riesgo genera una gran incertidumbre. La decisión sobre el aporte genético en los trastornos se complica aún más, cuando se intenta esclarecer la carga genética que aporta cada uno de los síntomas que describen a estos trastornos (Índice de Masa Corporal (ICM), dietas, insatisfacción corporal, etc.). Los hallazgos indican un factor hereditario significativo para la AN pero en menor medida para la BN, ya que las muestras clínicas muestran una concordancia para la AN del 55% en gemelos monocigóticos y del 5% en gemelos dicigóticos, mientras que para

la BN la concordancia es del 35% y 30% respectivamente (Faiburn y Harrison, 2003). Estos hallazgos entran en contradicción con otras investigaciones que dan un 80% de varianza en la responsabilidad en la BN a la genética.

Independientemente de la discusión acerca del mayor o menor aporte genético a los TCA, lo que sí está claro es que hay una contribución genética tanto en la AN como en la BN.

Ahora bien, esta aportación genética está repartida de diferente forma a lo largo de la edad, por lo que se considera un factor de riesgo más fuerte o más débil en función del momento en el que se encuentre el individuo. Estudios con gemelos muestran que los factores genéticos aportan una mínima influencia en el riesgo de desarrollar sintomatología asociada a los TCA antes de la pubertad, en contraste con el 60% de riesgo en chicas en una pubertad avanzada (Culbert y cols., 2009). Otros estudios obtienen resultados similares al dar mayor importancia a la presencia genética durante la adolescencia (entre un 50% y un 85%) frente a la presencia ambiental (Culbert y cols., 2009; Klump y cols., 2009, 2010), variando esta influencia a lo largo de la maduración emocional.

Un reto en los estudios genéticos es delimitar la influencia genética de la producida por otros factores, sobre todo la influencia del ambiente. Estudios con familiares en AN y BN, han encontrado mayor prevalencia familiar de TCA con respecto a las familias control, aunque es difícil definir la contribución de los factores genéticos o de otro tipo. Este problema en analizar la influencia de los genes y el ambiente, ha llevado a algunos autores a considerar que, padres de individuos que presentan AN podrían aumentar el riesgo a desarrollar un TCA al aportar por un lado la carga genética y por otro el ambiente en el que son criados (Bulik y cols., 2005).

En contra de la valoración, en algunos casos excesiva, de la parte genética, algunos autores defienden que no detectar la presencia de la influencia ambiental no es razón suficiente para excluir su aportación (Klump y cols., 2009). Estos autores defienden la gran contribución que ejercen los efectos del ambiente en aumentar la probabilidad de desarrollar síntomas de TCA entre los adolescentes de 11 años (entre un 40% y un 54%) frente al efecto genético (6%). Mientras que a los 14 la proporción genética aumenta llegando a un 46% para estabilizarse a los 18 años, resultados que apoyan las

conclusiones de otras investigaciones al detectar que la influencia genética en los TCA aumenta con la edad hasta llegar a estabilizarse (Culbert y cols., 2009).

En esta misma línea de argumentación, la APA (2014) destaca este aporte genético a los TCA y detalla un mayor riesgo de desarrollar AN o BN entre los familiares biológicos de primer grado de las personas que padecen el trastorno. Cuando se han estudiado casos de hermanos gemelos donde uno de ellos sufre TCA, diversas investigaciones (Hsu, 1990) han verificado mayor concordancia en gemelos monocigóticos (50 %, fecundados en el mismo óvulo y con la misma dotación genética) que en gemelos dicigóticos (7 %, fecundados en óvulos distintos y con distintos genes).

Ante la evidencia de la influencia genética y concordancia en gemelos monocigóticos, aparece la curiosidad por indagar el por qué una mayor representación de estos trastornos en chicas que en chicos. Algunos investigadores dan una explicación a esta cuestión a través de la presencia de determinadas hormonas como posibles responsables de activar los TCA en niñas, desconociendo por el momento su efecto en niños (Klump y cols., 2010). Así pues, el estradiol (hormona ovárica muy abundante en las mujeres y en menor medida en los hombres) asociada a la pubertad avanzada, puede moderar la influencia genética en esta edad (a mayor niveles de estradiol mayor influencia genética y viceversa). Las concentraciones de estradiol son nueve veces más elevadas en la adolescencia que en la infancia. Las niñas doblan las cantidades de testosterona durante la pubertad (pequeñas cantidades de testosterona se producen en los ovarios) y hay un aumento en las hormonas reproductivas (LH, FSH, progesterona y estradiol) necesarias para la ovulación y menstruación durante la pubertad. Toda esta activación hormonal podría ser la responsable de activar los genes implicados en los TCA en la población femenina.

Esta explicación de la influencia de las hormonas como posibles responsables de la mayor presencia de los TCA en mujeres, se contempla en investigaciones experimentales realizadas con animales (ratas) relacionadas con la alimentación. Los resultados de estas investigaciones confirman la importancia de las hormonas reproductivas en la regulación de la alimentación y peso. Al extirpar los ovarios en las ratas adultas, aumentó la ingesta de alimentos en general, efecto que disminuyó al administrar estradiol. Curiosamente los efectos de estradiol dependieron de la pubertad

en las ratas, ya que su administración antes de la aparición de la pubertad no consiguió inhibir la ingesta. Una vez más, estudios con animales reflejan esta variación de la influencia biológica a través del tiempo.

3.1.3 Sexo

La mayoría de las investigaciones utilizan en sus muestras población femenina dado que se supone que tienen más riesgo a desarrollar un TCA que la población masculina (Rohde y cols., 2015).

Hay un amplio consenso entre los investigadores al considerar que los TCA tienen una mayor presencia entre las mujeres, considerándolas población de riesgo frente a los hombres, a pesar de que el trastorno va en aumento entre éstos últimos (Fombonne, 1995; Hoek y cols., 2003; Portela y cols., 2012.). Le Grange y cols. (2014) en sus investigaciones han obtenido como resultado que la influencia de los factores de riesgo difieren en función del sexo, así, tener depresión, pubertad temprana o la presencia de una madre haciendo dieta es un mayor predictor de riesgo en chicas, mientras que el retraso en la pubertad lo es en los chicos.

A pesar del acuerdo en la mayoría de las investigaciones en relación a esta variable, algunos investigadores no han encontrado diferencias significativas en estudios recientes en este factor entre adolescentes (Swanson y cols., 2011; Rohde y cols., 2015), por lo que se le recomienda continuar su investigación.

3.1.4 Edad

La edad ha sido uno de los factores sociodemográficos ampliamente estudiado. Saber el momento adecuado en el que intervenir para optimizar los resultados e identificar justo el momento previo al pico de aparición de los TCA (que ayude a detener la presencia de los factores de riesgo de los TCA), la convierte en una variable fundamental de estudio.

Es sabido que los TCA son un trastorno que surge con mayor frecuencia en la adolescencia o edad adulta temprana (DSM-5, 2014; Slane y cols., 2014). Se inicia en la adolescencia, para aumentar su presencia en la adolescencia media o inicio de la etapa adulta.

Hay pocos estudios longitudinales durante la adolescencia, de ahí la necesidad de iniciarlos, especialmente en el ámbito educativo, que es donde puede resultar más idónea la intervención y más concretamente la prevención. A pesar de esta carencia, los estudios en general confirman un aumento de comportamientos bulímicos (atracones en chicas de 12 a 14 años, Field y cols., 2003) dietas (en chicas de 12 a 19 años, Calam y cols., 1998) y preocupaciones por el peso (dieta, atracones y preocupación en chicas de 14 a 16 años Attie y cols., 1989) durante la adolescencia.

El estudio de la transición de la adolescencia al inicio de la etapa adulta es menor. Algunos autores describen el recorrido de los TCA a lo largo de los años de la siguiente forma: mayor incidencia de AN y BN antes de los 18 que entre los 19 y 23; y aumentos en la prevalencia de TCANE y BN de los 18 a los 19 y de nuevo a los 23 (Lewinsohn y cols., 2000), otros investigadores describen un incremento a la edad de los 16, a la edad de inicio de la etapa adulta y en el inicio de la etapa adulta a la edad de los 22 (Graber y cols., 1994).

Los datos acerca de la edad en la que aumenta la sintomatología relacionada con los TCA son cuestionados en algunas investigaciones, situando la etapa de mayor riesgo entre los 15 y los 16 (Steinhausen y cols., 2005). Sin embargo, incluso en estas investigaciones hay acuerdo en situar un aumento en los síntomas de los 16 al inicio de la etapa adulta.

Como se ve a través de las investigaciones, hay una franja de edad en la que están más presentes los TCA. Así, diferentes autores tratan de acotar esta franja de edad al momento de mayor riesgo de TCA, situándolo unos en la fase intermedia o tardía de la adolescencia (Portela y cols., 2012) y otros a los 13 años (Rohde, 2015).

Es de destacar, el estudio de seguimiento realizado desde la preadolescencia (9años) al inicio de la etapa adulta (26 años), *Growing Up Today Study* (GUTS, Field y cols., 2001), que muestra un incremento en la insatisfacción corporal de los 9 a los 18 años y un incremento en atracones de los 9 a los 24 años (un incremento en atracones variable

al sufrir una disminución de los 16 a los 17 años, estabilizarse de los 17 a los 18 años y por último descender de los 22 a los 23 años).

En otra investigación, se observan incrementos en las conductas relacionadas con los TCA de los 11 a los 25 años (Slane y cols., 2014). Estos autores defienden la preadolescencia y adolescencia como momento para desarrollar programas de prevención debido a sus hallazgos. Todos los tipos de TCA sufren un incremento en la investigación de los 11 a los 18 años, por lo que esta franja de edad es la que aconsejan los autores en la aplicación de un programa de prevención. La conducta alimentaria alterada, insatisfacción corporal y preocupación por el peso se incrementan de los 18 a los 25 años (posiblemente impulsados por cambios cognitivos), mientras que las conductas bulímicas se estabilizan de la adolescencia al inicio de la etapa adulta.

Un último estudio a citar en este sentido, es el de Le Grange y cols. (2014). Estos autores desarrollan una investigación en preadolescentes y adolescentes iniciales en el que estudian factores que predicen el desarrollo de sintomatología relacionada con la alimentación y su manifestación en función del sexo. Hacen un seguimiento desde la infancia a la edad adulta (1300 australianos). En el aspecto que aquí nos interesa, los resultados muestran que la delgadez y la insatisfacción corporal podrían ser predictores de TCA en la adolescencia media, mientras que el elevado peso corporal, tener depresión, realizar dieta o las relaciones con los compañeros lo son en la en la pubertad. La investigación además señala que, factores como nivel académico, uso del alcohol, competencia emocional, habilidades sociales o algunos factores familiares (estrés familiar, lactancia materna, disciplina rígida) no resultan ser factores de riesgo en el estudio.

Como conclusión, los trabajos sugieren que hay un aumento de los comportamientos relacionados con los TCA de la adolescencia temprana a la adolescencia tardía, y se debate el aumento o la estabilidad de dichos trastornos de la adolescencia a la edad adulta, por lo que es necesario un mayor número de estudios longitudinales que se centren en esta franja de edad.

3.1.4.1 Pubertad

Los TCA aumentan de forma alarmante (especialmente en las chicas) en la pubertad y adolescencia. Los resultados en las investigaciones acerca de si la pubertad es un factor de riesgo para desarrollar un TCA son muy dispares, probablemente muy influidos por la mayor dificultad en esta etapa en distinguir los factores genéticos de los ambientales o sociales. La pubertad, por tanto, es un proceso complejo en el que intervienen cambios hormonales, cerebrales, cognitivos, sociales, etc.

El inicio de la pubertad aparece en la primera fase de la adolescencia, inmediatamente posterior a la niñez, cuando se desarrollan los caracteres sexuales secundarios y se adquiere la capacidad de reproducción. Es evaluada principalmente a través de los cambios observados. En las chicas, durante la pubertad, aparecen cambios físicos como el inicio de la menstruación (menarquía), aumento del tejido adiposo distribuido en las mamas, caderas, brazos y muslos principalmente, etc., mientras que en los chicos, entre los cambios físicos que sufren, destacan el vello corporal y facial, desarrollo de la musculatura, engrosamiento de la voz, etc. Este proceso normal de aumento en la grasa corporal asociado a la pubertad puede ser uno de los factores que desencadene las preocupaciones sobre el cuerpo (Levine, 1987), y por consiguiente un incremento en la realización de dietas y problemas relacionados con los TCA.

Hay afirmaciones que consideran que los cambios que sufren los chicos podrían ajustarse más al ideal de belleza transmitido por la sociedad occidental, mientras que los cambios sufridos en las chicas van en la dirección opuesta a ese ideal, haciendo más difícil la adaptación, algo que no resulta del todo descabellado.

La aparición pues, de tantos cambios, hace de la pubertad un proceso difícil de definir. En chicas está algo más claro a través de la menarquía, pero en chicos es más complicado. Algunos autores han intentado enfrentar esta dificultad a través de la creación de un continuo en el desarrollo de la pubertad, proponiendo la Clasificación de Tanner (Marshall y cols., 1970) que describe cinco momentos centrados en la pubertad: prepúber, inicio de la pubertad, media pubertad, pubertad avanzada y después de la pubertad. Esta clasificación podría ayudar a valorar si el impacto de la pubertad en los TCA está limitado a un período de desarrollo específico o si aumenta en las últimas etapas de la pubertad.

Entre los resultados obtenidos en el estudio de esta variable, ciertas investigaciones (Harden y cols., 2014) hallan una correlación entre los trastornos de la conducta alimentaria y la pubertad en chicas (teniendo presente la limitación en los estudios de la ausencia de un método fiable para evaluar los cambios puberales). Esta asociación, sin embargo, no está tan clara en los chicos.

En esta relación entre TCA y pubertad, hay autores que destacan el momento en el que inician el desarrollo (McCabe ,2004; Le Grange, 2014). Los resultados de sus investigaciones manifiestan que los niños que desarrollan al mismo tiempo que los iguales o más tarde, presentan una insatisfacción corporal mayor frente a los que desarrollan antes, en la misma línea que los hallazgos de otros autores.

Entre todas estas investigaciones también surgen aquellas que no tienen claro que la pubertad sea un factor de riesgo en los TCA, sin dudar de su participación. Un ejemplo de este escepticismo se encuentra en la investigación de Baker y cols. (2012) dirigida a una población de 13-20 años, para averiguar hasta qué punto la pubertad en la adolescencia inicial o media influye en el desarrollo de comportamientos de riesgo de TCA posteriormente (en la adolescencia tardía y en la etapa adulta). Los resultados no muestran asociaciones significativas entre pubertad y conductas purgativas y tampoco lo hacen en relación a dietas y conductas purgativas en la adolescencia tardía. Aquellos que maduran más tarde no muestran diferencias en la asociación con trastornos alimentarios frente a los que maduran antes. Una posible explicación a estos hallazgos podría estar en que el impacto de la pubertad en los comportamientos relacionados con TCA, podría ocurrir cuando las niñas son más conscientes de este ideal de delgadez, lo que le lleva a un aumento de la insatisfacción del cuerpo y a intentar controlar el peso. Los autores de este estudio sugieren, por tanto, futuras investigaciones que valoren la pubertad en asociación con los TCA pero teniendo en cuenta al mismo tiempo el estudio factores mediadores como la interiorización del ideal de delgadez o la presencia de las hormonas reproductivas.

3.1.5 Sobrepeso y obesidad

La obesidad es un problema frecuente que afecta en mayor medida en los países occidentales. Para algunos autores es más fácil en estos momentos, encontrar una chica obesa que algún otro trastorno relacionado con los TCA en un ambiente escolar. (Berger y cols., 2011), lo que nos da una idea de la magnitud del problema (en Estados Unidos la cifras rondan un 15% de adolescentes con sobrepeso). Así pues, niños y adultos no están exentos de padecer este problema.

A pesar de que cada día hay una mayor concienciación sobre los riesgos físicos (diabetes, hipertensión, cáncer, etc.) y psicológicos de padecer exceso de peso en niños y adolescentes, el problema sigue presente. Uno de los riesgos de tener sobrepeso relacionado con este trabajo de investigación, es el desarrollar conductas bulímicas. Haber sufrido obesidad en la infancia aumenta la probabilidad de desarrollar conductas bulímicas (APA, 2015). La relación establecida entre el aumento de grasa corporal y obesidad durante la infancia predice la aparición de la pubertad temprana, lo que puede llevar a aumentar el riesgo de TCA e intentos de pérdida de peso (Lee y cols. (2007). Esta relación entre sobrepeso y TCA es más elevada en mujeres (Neumark-Sztaines, 2009).

El patrón por el que una persona puede acabar desarrollando conductas bulímicas puede ser variado, siendo una de ellas la que se describe a continuación (ver Figura 3.1., Faiburn, 1998). Al comer en exceso en la infancia y como consecuencia un aumento de peso, se inicia un patrón de dieta en un intento de solucionar este exceso de peso, lo que lleva a un sentimiento de pérdida de control (ingestas compulsivas). Este sentimiento de pérdida de control es el que se relaciona con las conductas bulímicas.

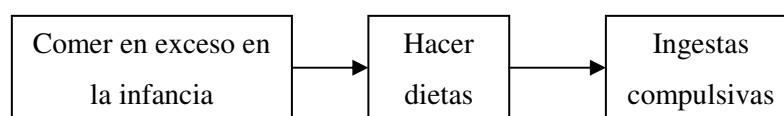


Figura 3-1 Patrón de desarrollo de conductas bulímicas

El problema de base en este sobrepeso en la infancia se encuentra en una alimentación alterada (tanto en cantidad como en calidad de alimentos) o una vida sedentaria (Butryn y cols., 2005).

Los valores de ideal de belleza de la sociedad occidental desembocan en una valoración negativa de la obesidad. Del mismo modo que la delgadez se asocia a éxito social, laboral, etc., la obesidad genera discriminación en el mismo sentido. Muchos niños con obesidad son objeto de burlas y rechazo, que promueven un aislamiento social y un mayor tiempo delante de las pantallas, realizando una vida sedentaria que empeora su situación (Berger y cols., 2010). En un intento desesperado de alcanzar ese ideal de delgadez, las personas se someten a dietas o métodos restrictivos de pérdida de peso que desembocan en una sintomatología relacionada con los TCA.

La familia desempeña un papel importante en el control de esta variable al actuar como factor de riesgo o de factor de protección. La valoración que hacen los padres del sobrepeso de sus hijos se convierte en un importante factor de riesgo para desarrollar atracones y conductas restrictivas sobre todo en la adolescencia inicial. Así, niños con sobrepeso que causan preocupación a sus padres por este motivo, desarrollan sintomatología relacionada con los TCA, frente niños con sobrepeso cuyos padres no muestran excesiva preocupación (Allen y cols., 2014). Este es un dato interesante a tener en cuenta la hora de trabajar con este factor de riesgo. Si los padres que animan a sus hijos a perder peso, pueden disparar preocupaciones relacionadas con la comida e insatisfacción corporal, sería bueno incorporarlos en la educación del manejo de esta variable. De hecho, la idea de incorporar a los padres en el tratamiento de los TCA no es nada nuevo y cobra cada vez más relevancia.

Para concluir, sólo mencionar que dentro de los TCA, la obesidad es poco frecuente en personas con BN, pero sí es más común en personas con trastornos por ingesta compulsiva.

3.2 FACTORES SOCIO-CULTURALES

3.2.1 Familia

El papel que desempeña la familia en los TCA ha sido tema de numerosas publicaciones, en una gran mayoría de baja fiabilidad metodológica (tamaño de las muestras empleadas, entornos elegidos, realizadas a través simplemente de la observación clínica, etc.).

En el estudio del papel que ejerce la familia en los TCA, se han identificado diferentes factores familiares (madre sobreprotectora, padres rígidos, familias desestructuradas) relacionados con la aparición del trastorno, al mismo tiempo que el peso que puede ejercer cada uno de los miembros de la familia en esta influencia negativa. Se han valorado varias combinaciones: madre, padre, ambos progenitores, hermanos, abuelos o el sistema familiar en sí. De todas las combinaciones estudiadas, la que peor parada sale es la del papel que ejerce la madre, ya que durante mucho tiempo las investigaciones han recaído principalmente en su papel negativo en los TCA: preocupaciones de la madre relacionadas con el peso y figura (que funcionan como modelo de las prácticas de pérdida de peso de su hija), o madres que critican el peso y la apariencia de su hija ejerciendo una presión que desencadena conductas relacionadas con los TCA para estar delgada (Pike y cols., 1991), etc.

A pesar de esta abundante publicación, hasta el momento no hay datos que corroboren la idea de familia disfuncional como factor de riesgo para los TCA, e incluso aparecen estudios que contradicen esta idea, como es el caso del estudio longitudinal (Byely y cols., 1999) en el que se comprueba que los comportamientos de dieta en las madres no predicen a largo plazo la realización de dietas por parte de sus hijas. Por tanto, pueden aparecer familias de pacientes con TCA que presentan alguna disfunción o familias que tienen un funcionamiento adecuado.

En la otra cara de la moneda, hay investigaciones que en lugar de estudiar los familiares de las personas con TCA recogen las percepciones que tienen las personas afectadas por TCA de sus familias, describiéndolas como familias más conflictivas y menos cariñosas (Leon y cols., 1994).

Vandereycken y cols (1991) hacen acopio de algunos de los hallazgos en relación a esta variable y llegan a las siguientes conclusiones:

- No hay diferencias significativas en sujetos con TCA y población general con respecto al orden de nacimiento o la existencia de separación de los padres.
- Hay discrepancia en los resultados con respecto a la presencia de obesidad en la familia. Los estudios que confirman esta relación se decantan más hacia familias con sintomatología bulímica.
- No ha sido demostrada la mayor presencia de trastornos somáticos; psicopatología general de los padres o trastornos afectivos en las familias. En los estudios que confirman esta relación, una vez más se decantan por una mayor presencia en familias con sintomatología bulímica.
- Parece existir alta frecuencia de alcoholismo en familiares, especialmente en padres varones de pacientes bulímicas.

Las conclusiones por aquél entonces generan diferentes resultados y opiniones acerca del papel ejercido por la familia, y en cualquier modo, la bulimia es la más afectada con respecto a la valoración de dicha influencia, aunque este dato también es cuestionado.

En investigaciones posteriores los resultados muestran, al igual que los hallazgos recogidos por Vandereycken y cols. (1991), una mayor alteración (conflictividad, pobre relación afectiva, etc.) en familias con bulímicas frente a familias con anoréxicas. Estos resultados se oponen a los obtenidos por otros investigadores que encuentran una mayor afectación en las anoréxicas. En la investigación llevada a cabo con AN en una muestra (2370) del sistema de salud mental (Steinhausen y cols., 2015) los autores encuentran, en la misma línea de Strober y cols (2000), mayor frecuencia de parientes afectados (madres, hermanos o hijos) en el grupo de sujetos con AN.

Otra línea de interés dentro del factor de riesgo de la familia se ha centrado en los problemas de comunicación entre los miembros familiares, descubriendo una relación entre la pobre comunicación dentro de la familia y actitudes relacionadas con TCA al inicio de la edad adulta, sobre todo conductas restrictivas (Calam y cols., 1998).

Para algunos autores, la influencia de los padres sobre los hijos es considerado incluso en ocasiones como un factor principal de riesgo relacionado con insatisfacción corporal, o conductas de pérdida de peso. Esta influencia de los padres estaría por encima incluso de la influencia de amigos o medios de comunicación (Mellor y cols., 2008).

A pesar de mostrar estudios que informen de la influencia que puede ejercer la familia, no está claro si el funcionamiento familiar anómalo es la causa de que los hijos desarrollen un TCA o más bien una consecuencia de tener un hijo con este trastorno.

3.2.2 Grupo de iguales

El papel ejercido por el grupo de iguales es elemental en la etapa de la adolescencia. En esta etapa, los compañeros pueden ejercer gran influencia en general, al actuar (del mismo modo que la familia) como factor de protección o de riesgo para las conductas de riesgo en general.

A través del proceso de socialización, los adolescentes comparten opiniones, valores, e intercambian información. Esta influencia ejercida por los otros también se ve afectada en los comportamientos que realizan para conseguir el cuerpo ideal. Algunos, comparten o imitan comportamientos negativos para controlar el peso.

El autoconcepto social (que acompaña a los sentimientos de autoestima en interacciones sociales) es un componente principal en el desarrollo de la identidad en las mujeres jóvenes y, al mismo tiempo, la presión social puede servir como precipitante del desarrollo de un TCA (Streigel-Moore, 1998).

La teoría de la comparación social sugiere que los individuos se evalúan a sí mismos primero a través de comparaciones con los demás, para reducir en un segundo momento las discrepancias percibidas (Festinger, 1954). Esta teoría defiende que las comparaciones que realizan los adolescentes de su cuerpo con el de otros iguales, están en muchos casos, asociadas a actitudes poco saludables de control de peso e influenciadas por la asociación de popularidad-delgadez. Sin embargo, esta asociación popularidad-delgadez no se ha encontrado en otras investigaciones (Rancourt y cols.,

2014), ya que los resultados han descubierto que la comparación del cuerpo puede ser un factor que influye en el comportamiento de los iguales, sin que la popularidad aumente la influencia sobre los comportamientos desadaptativos relacionados con el control del peso. Es por tanto necesario investigar más a fondo este campo.

Entre las investigaciones relacionadas con el grupo de iguales, Gerbasi y cols. (2014) han investigado la relación entre la cultura occidental, las interacciones con los iguales y las normas sociales percibidas que favorecen un problema de alimentación en un grupo de chicas adolescentes (15-20) con problemas de alimentación residentes en Fiji. Los resultados indican una relación significativa entre la influencia de los iguales en la alimentación y la preocupación por el peso con los TCA. Esta relación además podría estar influida por la asociación entre cultura occidental y TCA.

Becker y cols. (2014) recogen algunos estudios en los que las investigaciones obtienen como resultado una asociación entre la influencia de los iguales y la insatisfacción corporal y TCA. Estos hallazgos también se han hallado en otros países como Tanzania, China; Japón o Chile (Portela de Santana y cols., 2012).

Otro factor investigado en relación a la influencia de los iguales es el factor de personalidad. Tras una revisión (Keel y cols., 2013) de varias publicaciones en las que se recopilan investigaciones relacionadas con el estudio de la influencia de los iguales (Zalta y cols., 2006; Crandall y cols., 1998; Meyer y cols., 2001), estos autores sostienen que los factores de personalidad contribuyen a la selección de los compañeros que comparten rasgos similares, y en este entorno elegido, aparece la socialización de los síntomas bulímicos. De este modo, la exposición a un amigo que realiza dietas por ejemplo, es un factor de riesgo para una mayor insatisfacción corporal, el uso de conductas poco saludables de control de peso (vómitos, dieta) o síntomas bulímicos (Patxon y cols., 2006; Eisenberg y cols., 2010; Keel y cols., 2013). Así, exponerse a compañeros que refuerzan el ideal de delgadez a través de sus propios comportamientos, puede contribuir a la interiorización de delgadez que facilite el inicio a los TCA.

La mayoría de los estudios reflejan la importancia de la influencia de los iguales en la aparición de insatisfacción corporal, inicio en dietas, preocupación por el peso o factores de riesgo relacionados con la sintomatología de los TCA.

3.2.3 Influencia mediática

Todos los medios de comunicación promueven en la actualidad de una forma u otra, un cuerpo esbelto. Se puede ver el culto al cuerpo en anuncios publicitarios, moda, prensa, películas etc., que asocian un cuerpo delgado con éxito. Esta asociación delgadez-éxito, contribuye a perseguir el ideal de belleza, lo que aumenta la insatisfacción corporal y contribuye a que los adolescentes incorporen estrategias extremas para controlar el peso.

A continuación se exponen algunos de los estudios recogidos sobre la implicación de los medios en la sintomatología de los TCA:

- ✓ Verri AP y cols. (1977), estudian el tiempo que se pasan los adolescentes delante de la televisión relacionándolo con la influencia en sus compras.
- ✓ Hamilton y Waller (1993), realizan un estudio con imágenes de modelos de revista de moda. Los resultados indican que tras la visión de las modelos aparecía una distorsión en su imagen corporal.
- ✓ Pinhas y cols. (1999), muestran en sus estudios cómo la visión de modelos produce irritabilidad y humor depresivo en mujeres adolescentes universitarias.
- ✓ Field y cols. (1999) observa la influencia de las fotografías de moda en cuanto a realizar dietas para reducir peso o influir en su concepto de figura corporal.
- ✓ Schooler y Trinh (2011) concluyen en sus investigaciones que el uso de la televisión (28 horas por semana) aumenta en gran medida la insatisfacción con la imagen corporal.
- ✓ Becker y cols. (2002, 2011) relacionan la exposición de las redes sociales a los medios con síntomas relacionados con TCA.

En general, los medios de comunicación han jugado un papel controvertido, fomentando de forma continua por un lado, el deseo de estar delgado (al asociarlo con el

éxito mencionado anteriormente) y por otro, informando de forma discontinua, dramática y sesgada del problema de los TCA. Su influencia en los TCA no es discutida en la actualidad.

3.2.4 Influencia transcultural

Los TCA aparecen en todas las culturas. A pesar de que algunas investigaciones apuntan a la aparición de los TCA bajo la influencia de la cultura occidental moderna, sin embargo, se han encontrado investigaciones que no llegan a la misma conclusión.

Los resultados en relación a la AN son controvertidos. Por un lado, Hoek y cols., (2005) hallan en sus investigaciones una incidencia diferente en relación con el subgrupo étnico. Al valorar la incidencia de la AN en las islas Caribe, encuentran una incidencia en la raza blanca y mixta de AN parecida a la encontrada en Estados Unidos y Países Bajos y ningún caso detectado en la mayoría de la raza negra (una de las posibles explicaciones sería que el sobrepeso está más aceptado socialmente entre esta última población). Por otro lado, Keel y cols. (2003) identifican casos de AN en regiones no occidentales entre individuos sin exposición a los ideales occidentales

Sin embargo, los resultados en las investigaciones realizadas sobre la influencia cultural en la BN son más concretos. En los numerosos estudios realizados no se ha podido encontrar casos en ausencia de exposición a influencias occidentales, y los síntomas de la BN que surgen en culturas no occidentales siguen los ideales de la sociedad occidental (Becker y cols., 2002). Becker y cols., llevaron a cabo un experimento en Fiji, para valorar la influencia del ideal de delgadez en una cultura en la que no había casos de TCA (sólo se describió un caso de AN antes de mediados de 1990). Durante tres años estudian dos grupos, uno de ellos expuesto durante este tiempo a la televisión. Los resultados apuntan que el porcentaje de niñas expuestas a la televisión aumentó entre un 40%-70% las puntuaciones del EAT-26. Cuando se entrevistó a las chicas, comentaron notar la influencia de la televisión en la valoración de su imagen corporal. Los investigadores concluyeron que la exposición a los medios de comunicación (con la transmisión del ideal de delgadez) aumenta los problemas

relacionados con el peso, lo que desemboca en conductas purgativas (vómitos) para compensar.

Un factor de riesgo que podría estar relacionado con esta influencia transcultural es la presión cultural que se ejerce, donde la delgadez se considera el estado ideal (Striegel-Moore y cols., 1986). Diversos autores han considerado que tres variables aumentan el riesgo de TCA: percibir presión para estar delgado (por parte de los medios de comunicación o por parte de los demás), internalizar el ideal de delgadez y la insatisfacción corporal.

Parece pues, que la cultura y los entornos en los que se valora la delgadez, podrían transmitir una serie de valores y modelos estéticos, que le convierten en un factor de riesgo a considerar (APA, 2014; Aguinaga, 2000).

3.2.5 Nivel socio-económico

Durante muchos años se ha asegurado la relación existente entre el nivel socio-económico y el desarrollo de un TCA. Hoy en día esta afirmación es discutida, al encontrar estudios que refuerzan la presencia de los TCA en todas las clases sociales. Mientras que los resultados de algunas investigaciones les lleva a relacionar los TCA con una población social desfavorecida (Pope, 1978), otros resultados derivan en una mayor frecuencia en niveles socioeconómicos elevados (Gard, 1966).

Estudios más recientes han contribuido a mantener el debate de esta cuestión. Por un lado están los que defienden esa relación con un nivel socioeconómico alto: Nevonen L. (2004) encuentra relación entre TCA y niveles socioeconómicos más altos que viven en zonas ricas; Ahem J.C. y cols. (2012) encuentran mayor número de personas con AN que provienen de familiares ricos y de padres con altos niveles de educación.

Mientras que por otro lado están los que o bien no encuentran esta relación significativa, o bien relacionan los TCA con un nivel socioeconómico bajo. Gil García y cols. (2007) inician un estudio con adolescentes urbanos andaluces (1667 sujetos de 12 a 16 años escolarizados entre primero y cuarto de Enseñanza Secundaria Obligatoria) para conocer las características sociales del grupo de riesgo en comparación con el resto

de la población. Los resultados obtenidos concluyen que las posiciones sociales de los padres no son distintos en el grupo de riesgo con respecto a la población general, por lo que los investigadores cuestionan la asociación entre riesgo de TCA y clase social. Sin embargo, el estudio detectó una mayor tendencia a realizar dietas hipocalóricas en estructuras familiares con mayor posición social, mayor insatisfacción con el cuerpo y la realización de prácticas deportivas con el fin de mejorar su aspecto físico. Richardson y cols. (2015) investigan la relación entre las dificultades económicas y las actitudes ante la alimentación en una muestra de universitarias británicas (444 participantes). Encuentran que, a mayor dificultad económica, mayores problemas de actitud ante la comida en mujeres (no en hombres), independientemente de la riqueza familiar.

La polémica surgida en torno a esta variable debido a los diferentes resultados obtenidos en los estudios, hace necesaria una mayor investigación que averigüe el peso real de la influencia de nivel económico en el desarrollo de un TCA.

3.2.6 Otros factores ambientales

Muy brevemente, sin detenernos, tan sólo citar que la presencia de determinados factores ambientales actúan como factores de riesgo en profesiones o aficiones que fomentan el culto al cuerpo (bailarina, gimnasta, deportista de élite, etc.) (DSM-5, 2014; Garner y Garfinkel, 1980; Le Grange, Tbbs y Noakes, 1994; Patton y cols., 1990). En el caso de la BN además, haber sufrido abusos físicos o sexuales en la infancia puede ser un factor de riesgo añadido para sufrir TCA (Aguinaga, 2000; WoerwagMehta y cols., 2008; APA, 2014;).

3.3 FACTORES PSICOLÓGICOS

3.3.1 Dieta.

Entre todos los factores de riesgo, al menos hasta el momento, existe acuerdo entre los autores en considerar la presencia de un factor de riesgo común en estos trastornos: la dieta. La dieta está frecuentemente implicada en los TCA, y en un gran número de casos es desencadenante de una AN o BN (Schmidt, 2002; Hsu, 1997). Se considera por el momento, el predictor de TCA más importante, si bien, con más influencia en la BN que en la AN (Faiburn y cols., 1999).

Al hablar de dieta, se hace referencia a aquellos comportamientos inadecuados en los que se intenta reducir la ingesta de calorías con el fin de perder peso. En realidad, la dieta puede ser definida como un comportamiento precursor de desarrollar trastorno de la alimentación en algunas personas (Cooper, 1995; Carter y cols., 1997, Rohde y cols., 2015).

Contrariamente a lo que se piensa, las investigaciones indican lo lejos que se está de conseguir una pérdida de peso a través de estos mecanismos, ya que se ha comprobado que, el uso de las dietas conlleva a largo plazo un aumento de peso (Racine y cols., 2011).

En el estudio de las personas que realizan dietas de forma más frecuente, hay autores que han comprobado cómo estos sujetos, tienen un mayor mecanismo de autocontrol en la elección de los alimentos y son menos impulsivos. Estos autores defienden la presencia de mecanismos cognitivos y neurales en relación a la elección de los alimentos (Steinglass y cols., 2015). Para llegar a esta conclusión han desarrollado un modelo basado en la elección de alimentos que realizan los sujetos con sintomatología TCA (partiendo de los estudios de Hare y cols., 2009). Hare observó, que los que hacen dieta involucran centros de control de autorregulación en la zona prefrontal, a fin de seleccionar aquellos alimentos menos apetecibles pero más saludables. Las decisiones en relación a qué comer y qué evitar comer correspondían con comportamientos sintomáticos de AN. En este estudio, los sujetos con TCA escogieron, como era de esperar, alimentos menos ricos en grasa, lo que correlacionaba con la psicopatología de

AN. Todos tenían información acerca de los alimentos saludables, sin embargo, la información del contenido de grasa en los alimentos adquiría más importancia en el grupo con TCA.

El realizar dietas, no siempre es tan dañino. Todo depende de la forma en la que se realizan las mismas. Es interesante la clasificación que hacen de la dieta Haynos y cols. (2015). Estos autores proponen un modelo psicológico-conductual en relación a la dieta en la que diferencian dos dimensiones:

- a. Dimensión conductual: incluye reducciones calóricas para alterar el peso y forma del cuerpo (limitando porciones o con el ayuno).
- b. Dimensión psicológica. incluye valores cognitivos y emocionales. En esta dimensión psicológica la persona podría enfrentarse al TCA en dos sentidos:
 - a. enfoque negativo psicológico (que desemboca en TCA y/o en un pobre control del peso). Incluye las siguientes dimensiones:
 - Rigidez psicológica (“todo o nada”).
 - Privación percibida: sensación de comer menos de lo deseado independientemente de la cantidad consumida.
 - Preocupación por la dieta: enfoque obsesivo en la comida, la forma del cuerpo y el peso.
 - b. enfoque positivo psicológico (asociado con bajo riesgo de desarrollar TCA y obesidad). Incluye las siguientes dimensiones:
 - Centrarse en el objetivo, en las metas específicas de la dieta.
 - Flexibilidad en la dieta.
 - Priorizar objetivos relacionados con la salud.

A partir de estas dimensiones, los autores concluyen que puede haber diferentes tipos de dietas, siendo la dieta más efectiva aquella que involucra una dieta conductual con un acercamiento psicológico positivo a la misma. Es una propuesta interesante, ya que parte de un intento de clasificación de las dietas (que ayuda a mejorar el diálogo entre los clínicos y da la posibilidad de ajustar mejor el tratamiento), al mismo tiempo que aborda no sólo los aspectos negativos, sino también los positivos de la dieta, lo que facilita dar pautas de actuación y aclara cuándo puede convertirse en dañina y precursora de un TCA.

El factor negativo de las dietas ha sido estudiado por numerosos investigadores y en diferentes poblaciones. Una de las investigaciones a destacar, por la población a la que va dirigida, es la realizada con mujeres adolescentes (11-15 años) que mantienen dieta restrictiva (Tanofsky-Kraff y cols., 2011). Los resultados del estudio muestran que esta conducta es considerada un factor de riesgo que predice la aparición de un TCA específico (BN o trastorno de atracón de frecuencia baja y/o duración limitada) en 5 años de seguimiento.

Por supuesto, no todo el mundo que hace dieta desarrolla este trastorno. Realizar dieta no es sinónimo de TCA en todas las ocasiones. De hecho, la mayoría de los adolescentes que hacen dieta no desarrollan AN o BN. Aunque un 44% de chicas y un 15% de chicos adolescentes informan de los intentos realizados con respecto a la dieta, al final, los datos de prevalencia en chicas indican un porcentaje entre el 1% y 4%. Esto convierte a la dieta en una condición necesaria pero no suficiente para desarrollar AN o BN.

Todas estas investigaciones, en realidad surgen de la gran preocupación debida a los efectos devastadores que genera la dieta cuando se la relaciona como responsable de la aparición de un TCA. Las cifras hablan de un 50% de la morbilidad de la AN relacionada con el hambre y hasta un 45% de suicidio por el estado de ánimo deprimido o ansiedad producido por el bajo peso (Steinglass y cols., 2015).

3.3.2 Insatisfacción con la imagen corporal

La imagen corporal, o la representación mental que uno tiene de su cuerpo, incluyen sentimientos y percepciones acerca del tamaño del cuerpo y de la forma. La insatisfacción con la imagen corporal con frecuencia surge en la adolescencia temprana y está relacionada con la sintomatología de los TCA (Matusek y cols., 2004).

Numerosos estudios refieren que, entre un 72 % y un 85% de mujeres, muestran insatisfacción corporal desde la adolescencia hasta la etapa adulta (Mann y cols., 1997). Esta insatisfacción afecta tanto a chicos como a chicas. Hay autores que cifran en la mitad de los estudiantes de secundaria que no están felices con su peso y figura (Ricciardelli y cols., 2000). Esta insatisfacción corporal se manifiesta en muchas ocasiones de distinta forma en función si afecta a las chicas o chicos. Según un estudio (Warschburger y cols, 2011) el 62,9% de las chicas con peso normal quería estar más delgada, mientras que los chicos con un peso normal querían tener una figura más fuerte.

La insatisfacción con la imagen corporal se considera predictor a la realización de conductas negativas para lograr el cuerpo valorado, obtener ese cuerpo ideal.

3.3.3 Preocupación por el peso.

La preocupación por el peso se convierte en uno de los predictores más fuertes de los TCA en los estudios longitudinales (Keel y cols., 2013). Stice (2001) identificó la internalización del ideal de delgadez como un factor de riesgo.

Diversos estudios apuntan a la preocupación del peso como un factor de riesgo a considerar en la intervención de los TCA. Killen y cols. (1996) en un estudio a lo largo de cuatro años observan la influencia de la preocupación por el peso (10% de las chicas con preocupación por el peso desarrolla TCA en comparación con un 0% de las chicas con baja preocupación por el peso). Así, estos autores aportan la primera referencia sólida sobre cómo la preocupación por el peso es un factor de riesgo para desarrollar TCA. En investigaciones más recientes, Jacobi y cols. (2011) informan que el 11,2 % de

las mujeres universitarias con preocupaciones por el peso desarrollan TCA a lo largo de 3 años de seguimiento.

A continuación se muestra un esquema de cómo la preocupación por el peso puede desencadenar el inicio de TCA, en concreto, el inicio de conductas bulímicas (ver Figura 3.2.).

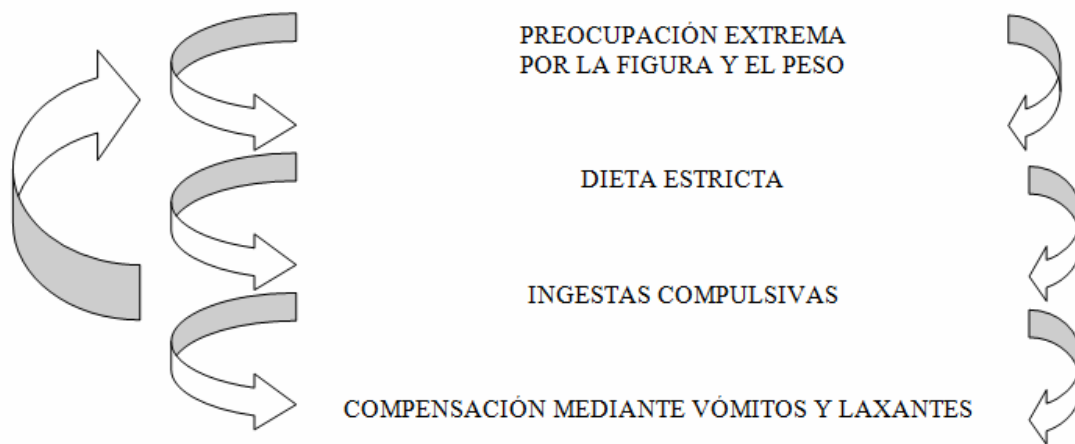


Figura 3-2 Papel central de las preocupaciones por el peso y figura en la BN (Faiburn 1998)

La preocupación por el peso y figura, lleva a las personas a desarrollar dietas con el fin de alcanzar el peso deseado. Esta privación de alimentos desencadena episodios de ingesta compulsiva que compensan con vómitos o laxantes en un intento erróneo, de evitar ese aumento de peso. A partir de la realización de estas conductas, poco a poco el círculo vicioso se instaura, manteniendo a lo largo del tiempo las conductas bulímicas presentes en los TCA.

3.3.4 Otras variables

3.3.4.1 Variables emocionales

No hay muchos estudios empíricos en los que se hayan analizado las variables emocionales que influyen en los TCA, a pesar de que ciertas investigaciones las señalan como posibles factores de riesgo (Pascual y cols., 2011). Ansiedad-rasgo (Buckner y cols., 2010), dificultad para identificar y expresar emociones (Speranza y cols., 2007), baja autoestima (Kim y cols., 2007) o actitud negativa hacia la expresión emocional (Ioannou y cols., 2009) son algunas de ellas.

Como en la mayoría de los factores de riesgo presentes en los TCA, para algunos autores la emoción negativa no es un factor de riesgo significativo (Jacobi y cols., 2004), mientras que para otros sí, en especial en la BN (Stice (2002).

La percepción negativa de las emociones, un estado de ánimo influido por la alimentación, peso y figura corporal, necesidad de control y determinadas formas de regular las emociones, son algunas de las variables emocionales estudiadas recientemente (Pascual y cols., 2011).

El estado emocional influye en el modo de relacionarse con la comida. Un ejemplo concreto es el relacionado con la ingesta: las anoréxicas pierden el apetito cuando están tristes o ansiosas, y las bulímicas inician atracones. De este modo, algunos autores defienden la implicación del estado emocional negativo en el desarrollo de los TCA al relacionarse con la insatisfacción corporal y los atracones (Killen y cols., 1996 y Stice y cols., 1998), además de interactuar con otros factores de riesgo (que hace que aumente la probabilidad de aparición de los mismos, Stice, 2000).

Como resumen, alguno de los autores que tienen en cuenta la influencia de las variables emocionales definen a las personas con TCA como “personas cuyo estado de ánimo está excesivamente influido por la alimentación, el peso y la figura corporal, cuya autoestima es baja y que, ante situaciones ansiógenas no expresan emociones y tienden a actuar de forma impulsiva” (Pascual y cols., 2011).

3.3.4.2 Baja autoestima

La adolescencia es uno de los períodos más críticos para la formación de una buena autoestima, es decir, para sentirse valioso como persona. Si la persona se acepta a sí misma posee mayor seguridad en sus creencias y principios, no se acobarda por los fracasos y dificultades, siente las diferencias con los otros sin dejar de sentirse valiosa, etc. Por el contrario, cuando la autoestima está afectada aparece el perfeccionismo, tendencias depresivas, deseo de complacer, autocrítica negativa, imagen negativa corporal, etc.

Es en la etapa de la adolescencia cuando la formación de la autoestima es más vulnerable, debido a los numerosos cambios físicos, mayor presencia de los iguales y comparación con los otros. La autoestima se ha asociado a numerosos cuadros clínicos, y diferentes autores han sugerido que juega un papel importante en el desarrollo de los TCA (Ghaderi y Scott, 2001).

En investigaciones acerca de la posible relación existente entre autoestima y TCA, los estudios longitudinales de Button y cols., (1990,1996, 1997) encuentran que las chicas con baja autoestima de 11-12 años, tenían mayor riesgo a desarrollar estos trastornos cuatro años más tarde. Otros autores han relacionado que su presencia en la adolescencia temprana predecía actitudes relacionadas con los TCA dos años más tarde (Wood y cols., 1994).

De este modo, la autoestima podría ser un factor de riesgo presente los TCA, como en otros muchos trastornos y en mayor medida en la adolescencia. El estudio de su influencia se ve entorpecido por la variabilidad. La autoestima es un factor que, al igual que otros mencionados anteriormente, cambian su influencia en función del momento en el que se presentan, de forma que algunos autores (Calam y cols., 1998) consideran en sus investigaciones a la autoestima como un factor de riesgo para desarrollar un TCA en los primeros años de la adolescencia pero no más adelante.

3.3.4.3 Pérdida de control

La pérdida de control es un factor que ha recibido pocos estudios a la hora de considerarlo como factor de riesgo de los TCA. Es sabido su presencia en estos trastornos pero no el funcionamiento que ejercen.

Los resultados de algunas investigaciones han mostrado que los niños con pérdida de control al comer, informan de una mayor realización de dietas frente a los que no tienen pérdida de control (Hartman y cols., 2012). Los desencadenantes de esta pérdida de control pueden ser tan dispares como comentarios de los padres y familiares (críticas acerca de su peso, silueta o comida) o la aparición de estresores (pérdida de trabajo por parte de los padres, cambio de escuela). Una posible explicación a esta influencia, es que los niños tienen un autoconcepto negativo previo relacionado con el cuerpo que, unido a otros factores, desemboca en un inicio de dietas y pérdida de control al comer.

En relación con esta pérdida de control al comer, Allen y cols., (2008) en una muestra de 8-13 años de edad observan cómo la dieta restrictiva y el uso de los alimentos para regular las emociones, es un factor desencadenante de atracón.

Perder el control al comer, independientemente de la cantidad de alimentos consumidos, afecta alrededor de un 9,3% en población normal o con sobrepeso en edades comprendidas entre los 6 y 13 años (Tanofsky-Kraff y cols., 2007).

Se necesitan más estudios para analizar si realmente la pérdida de control es un factor de riesgo en los TCA, y si es así, poder valorar la incorporación de los padres en la prevención para reducir la crítica o los comentarios negativos acerca del peso o silueta, y trabajar con ellos los riesgos de conllevar hacer dieta.

3.3.4.4 Rasgos de personalidad

No existe una personalidad específica que defina los TCA, sin embargo un amplio volumen de investigaciones los relacionan. A través de los tiempos, ha habido un intento de estudiar qué rasgos o características están presentes en las personas que hacen que acaben desarrollando un TCA frente a la población general, es decir, qué es lo que las caracteriza.

A lo largo de las investigaciones de los rasgos de personalidad, han surgido numerosos problemas metodológicos. Por citar alguno de ellos:

- Hay un amplio número de instrumentos realizados para evaluar un mismo rasgo.
- La psicopatología de la personalidad es constante mientras que las características de los TCA sufren fluctuaciones (recordemos que una AN puede pasar temporalmente por una BN y volver a sufrir posteriormente una AN de nuevo).
- Hay múltiples subtipos de personalidad dentro de la población.
- Las muestras no incorporan distintas edades y diferencias evolutivas.
- Al valorar la personalidad, irremediablemente hay otras características personales que ejercen influencia en el factor estudiado y es difícil poner límites (por no mencionar la influencia de otros factores ambientales).
- Algunas de las características que se presentan como rasgos de personalidad, pueden ser consecuencia de la malnutrición y por tanto desaparecen cuando recuperan el peso adecuado.

Se considera por tanto, que los hallazgos empíricos que relacionan TCA y rasgos de personalidad son muy contradictorios y necesitan de un mayor rigor científico.

A pesar de estas dificultades, se mencionan algunas de las conclusiones a las que han llegado varios autores al considerar que los rasgos de personalidad pueden contribuir a que algunas niñas, que viven en una cultura obsesionada por el peso, desarrollen preocupaciones por el peso y, algunas de las que desarrollan preocupaciones por el peso desarrollen a su vez TCA (Keel y cols., 2013).

Las características de los rasgos de personalidad estudiadas son cuantiosas. Se ha llevado a cabo una asociación entre la presencia de los TCA y características como perfeccionismo, dependencia e inhibición social, dificultad en expresar emociones, alexitimia, falta de autonomía y baja autoestima (centrada en la percepción del propio cuerpo), déficit en autocontrol, menor asertividad, mayor inhibición para manifestar los

sentimientos, evitación de relaciones interpersonales, etc. (Shafran y cols., 2003; Stoeber y cols., 2009).

Este estudio de los rasgos de personalidad también se ha abordado de forma independiente, según el individuo presente AN o BN:

- En la AN se ha descrito sobre todo una personalidad obsesiva, rígida, perfeccionista, dependiente y socialmente inhibida, con niveles de ansiedad y depresión mayor (Faiburn, 1999), o individuos que desarrollan trastornos de ansiedad o muestran rasgos obsesivos en la infancia (APA, 2014). El perfeccionismo ha sido relacionado con baja autoestima e insatisfacción corporal (Killen y cols., 1994).
- En cuanto a las personas con BN se las ha descrito como personas con una elevada sensibilidad interpersonal, problemas de autoestima, baja tolerancia a la frustración, ánimo fluctuante entre la ansiedad y la depresión, poco control de los impulsos, puntuaciones altas en escalas de adicción (Killen y cols., 1996; Faiburn, 1997), o preocupación sobre el peso, baja autoestima, síntomas depresivos, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada en la infancia. (APA, 2014).

Un dato a considerar en los estudios de esta variable, es a qué se debe la presencia de los rasgos de personalidad en los TCA. Por ejemplo, en el experimento de Mimmisota (Keys y cols., 1950) 32 mujeres sanas perdieron un promedio del 24% de su peso corporal inicial. Como consecuencia sufrieron cambios en la personalidad (depresión, impulsividad, mal humor, bajo deseo sexual, aislamiento social, se volvieron más compulsivas y rígidas con las rutinas). Se preocupaban más de la comida, conversaciones centradas en las recetas y comida. Así, muchos de las características individuales que podrían valorarse como predictores de los TCA podían ser resultado de un desequilibrio nutricional.

Por el momento, hablar de rasgos de personalidad tan sólo nos puede llevar a la conclusión de que las personas con TCA presentan ciertas características en común que en ocasiones se restablecen al normalizar su alimentación.

3.3.4.5 Factores cognitivos

Se menciona de forma breve, sin detenernos, la influencia que los factores cognitivos pueden ejercer. En el estudio del desarrollo de los TCA se han estudiado determinados estilos cognitivos por estar más presentes en las personas que desarrollan alteraciones relacionados con la comida. De este modo, los individuos con TCA, frecuentemente tienen un déficit en las estrategias cognitivas que emplean (Woerwag-Mehta y cols, 2008): tienen un estilo cognitivo rígido, marcado por pensamiento inflexible y dicotómico (alimento bueno o malo, estar gordo o delgado). Dentro de esta rigidez cognitiva, los individuos con TCA, dan un énfasis exagerado al atractivo físico y a la delgadez como motor para estar satisfecho y feliz en la vida.

3.3.4.6 Comorbilidad

Los estudios indican que los trastornos por depresión, ansiedad (una prevalencia alrededor del 25% al 80%), obsesivo-compulsivo, por uso de sustancias o de personalidad se presentan con frecuencia en los TCA (O'Brien et al, 2003).

En la AN los trastornos de ansiedad o depresión ocurren con mayor frecuencia. La ansiedad en algunos sujetos con TCA aparece antes de que el TCA se haya iniciado. El trastorno obsesivo compulsivo, abuso de alcohol y otros trastornos de sustancias también pueden aparecer en la AN aunque en menor medida (especialmente en la AN tipo restrictivo/purgativo).

En la BN hay una comorbilidad frecuente con otros trastornos mentales: depresión (antes, durante o después del desarrollo de la BN), ansiedad, consumo de sustancias, en concreto de alcohol (30%) y algún trastorno de la personalidad (el más frecuente el límite).

3.4 LIMITACIONES METODOLÓGICAS

A pesar de las continuas investigaciones que han surgido en torno a los TCA y la aparición de numerosos factores de riesgo recogidos en cuantiosos artículos (comportamientos, actitudes, experiencias adversas, comorbilidad, factores de personalidad, influencias ambientales o genéticas, etc.), se sabe muy poco del peso de cada uno de los factores en el desarrollo de los trastornos de la alimentación. Todas estas investigaciones además, no están exentas de alguno de las siguientes limitaciones:

1. Pocos estudios han empleado un diseño a largo plazo.
2. Pocos estudios longitudinales se han llevado a cabo para probar empíricamente en qué medida los rasgos individuales son causa en el desarrollo de los TCA.
3. La muestra empleada como grupo control en muchos casos es psiquiátrica.
4. Los factores de riesgo pueden variar desde el inicio, pero pocos han estudiado esta posibilidad.
5. Los estudios que utilizan el grupo control psiquiátrico y el grupo experimental han tendido a evaluar los factores de riesgo de forma retrospectiva, por lo que pueden aparecer sesgos.
6. Muchas de las características individuales (p.ejm., la personalidad) asumidas como factor de riesgo de los TCA podrían ser secundarias a la patología alimentaria.
7. La mayoría de las investigaciones se centran en un número limitado de factores, incluyen sólo un género o trabajan con muestras pequeñas.

CAPÍTULO 4

MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES. MANIFESTACIONES EN EL ÁMBITO ESCOLAR

*Aquél que le gusta la práctica sin la teoría,
es como el marino que navega barcos sin timón ni brújula
y nunca sabe dónde anclar
(Leonardo da Vinci)*

La percepción de los TCA ha ido variando desde los años 30 y con ella, los diferentes modelos explicativos. Así pues, durante los años 70 las diferentes teorías basaban los TCA en conductas como el miedo a engordar, conductas compensatorias para solucionar el problema, dietas restrictivas, etc. Posteriormente, a partir de los años 90 comienzan a surgir teorías cognitivas o relativas a cómo los sujetos procesan la información.

Toda esta evolución en las teorías es lo que ha desembocado en una abundante investigación, con el fin de lograr un mejor conocimiento de los diferentes tratamientos con respecto a los TCA y la eficacia de los mismos.

De este modo, si se hace un recorrido rápido por los distintos enfoques desarrollados a través de los TCA, se pueden observar explicaciones muy diferentes basadas en el modelo del que proceden:

- psicodinámico: los TCA son un problema del desarrollo de la identidad y los consideran como una defensa contra la sexualidad adulta,

- conductual: conciben los TCA como una respuesta de evitación fóbica dirigida hacia el alimento y el cuerpo adulto,
- cognitivo: las creencias irracionales y las distorsiones cognitivas son las razones de la alteración conductual en los TCA,
- biológico: analizan el papel de los factores genéticos y las alteraciones neuroendocrinas en el desarrollo de la enfermedad,
- familiar: valoran las características familiares comunes, o
- sociocultural: que asocian la presión cultural hacia la delgadez y la dieta como factores precipitantes de un TCA.

A lo largo de toda la investigación de los TCA, se ha llegado a un consenso de etiquetar los TCA como trastornos multifactoriales en los que intervienen factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos o socioculturales. Por tanto, para una mejor comprensión del problema, será necesario integrar las distintas teorías desarrolladas hasta el momento.

Antes de desarrollar algunas de esas teorías individualmente, es interesante pararse a observar el modelo multifactorial desarrollado por Warschburger, P. y cols., 2011, en el que formulan un modelo a partir de los factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores presentes en los TCA (ver Figura 4.1.).

A continuación se desarrollan algunas de las teorías más vigentes que intentan dar explicación al fenómeno de los TCA.

Factores Predisponentes

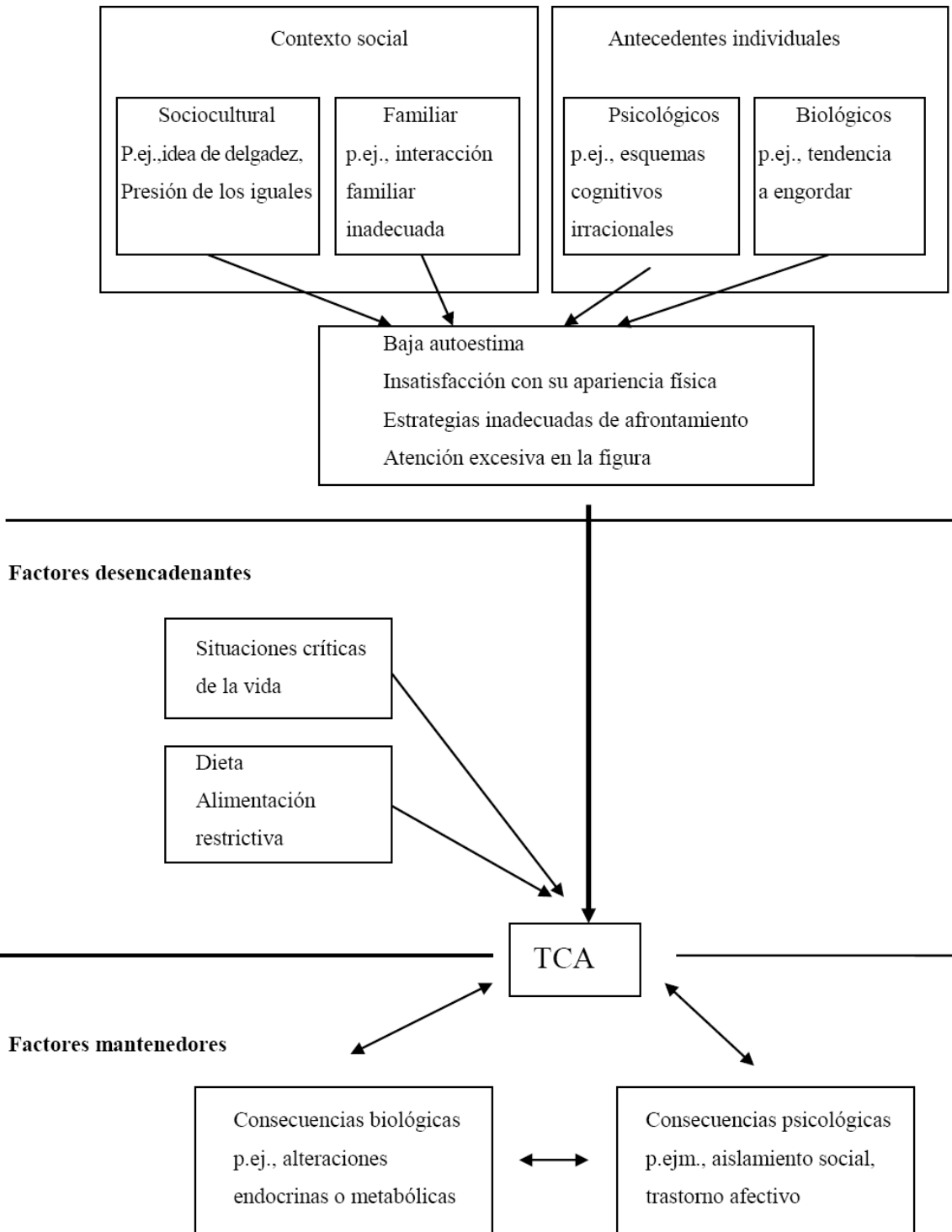


Figura 4-1. Modelo etiológico multifactorial, Warschburger, P. y cols, 2011

4.1 HIPÓTESIS DE LA EXTERNABILIDAD

La hipótesis de la externabilidad (Schachter y Rodin, 1974) relaciona el patrón de ingesta excesiva con los indicios externos de comida, agravado por un déficit en la percepción de los indicios internos de hambre y saciedad.

Argumentan que los individuos afectados por TCA realizan inferencias incorrectas (Schachter y Rodin, 1974). De este modo, la ingesta en las personas con peso normal está regulada por estímulos internos (señales fisiológicas de hambre y saciedad) mientras que en las personas con TCA la ingesta está regulada por estímulos externos (presencia de alimentos, olor, presencia de personas comiendo, paso del tiempo...etc.).

4.2 TEORÍA DE LA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA

La teoría de la restricción alimentaria (Herman y Polivy, 1980) explica de algún modo, cómo se mantiene la sobreingesta compulsiva. Estos autores definen restricción, como la intención que tiene el individuo de limitar su ingesta de forma voluntaria con el fin de mantener o conseguir el peso que considera ideal.

A través de este modelo, los sujetos se clasifican en dos tipos relacionados como extremos de un continuo en el control de ingesta:

1. Sujetos restrictivos :
 - hacen dieta, aun cuando no es necesario por su peso,
 - regulan su conducta de ingesta, más por procesos cognitivos que por sensaciones percibidas de hambre o saciedad.
2. Sujetos no restrictivos:
 - no se preocupan en exceso por su peso,
 - escuchan las señales fisiológicas de hambre o saciedad.

Un problema muy común en los sujetos restrictivos (más frecuente en mujeres que en hombres) es que pueden tener éxito en sus dietas. Sin embargo este éxito se desvanece en presencia de desinhibidores durante la situación de restricción en la comida (estado emocional negativo, presencia de comida, ingesta de alcohol o saltarse una dieta) ya que les interfiere en su autocontrol llevándoles a comer en exceso.

Uno de los efectos de esta restricción alimentaria es la privación biológica de energía, que tiene como consecuencia la aparición de la sensación de hambre que a su vez, desencadena la necesidad de consumir alimentos. Todo este proceso finaliza con una ingesta mayor en los sujetos restrictivos frente a los no restrictivos. De este modo, las personas que realizan dieta pueden tener éxito en perder peso, pero también les puede conducir a un estado crónico de hambre (especialmente si lleva a la persona a tener un peso por debajo de su punto crítico).

Cuando el individuo lleva a cabo un atracón, la ansiedad baja, su estado de ánimo mejora y desaparece la sensación de hambre (a corto plazo) pero inmediatamente se siente culpable por su falta de control y por su preocupación por ganar peso (a largo plazo). Todo este proceso contribuye a que el problema se instaure.

Esta teoría ha sido muy apoyada y desde numerosas investigaciones y los resultados obtenidos avalan que las dietas provocan episodios de atracones (Polivy y Herman, 1985; Faiburn, 1998, etc., ver apartado de dieta en factores de riesgo).

4.3 MODELO DE LA REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD

Desde el modelo de la reducción de la ansiedad (Robbins y Fray, Ruderman, 1983), de entre todos los factores que contribuyen en el desarrollo o mantenimiento de los TCA, la ansiedad se ha considerado como el factor presente en numerosas ocasiones en estos trastornos. De hecho, algunos autores defienden que es el principal factor implicado en el desarrollo de los TCA. Un ejemplo que proponen los autores de este modelo, es el funcionamiento de la ansiedad en la BN. Para las personas bulímicas, la cantidad o el tipo de alimentos que se vaya a consumir no son importantes, ya que cualquier cantidad o tipo se considera dañina. A partir de ese momento se inicia la

preocupación por engordar, se siente mal y es en ese momento cuando la persona toma la decisión de vomitar, por lo que se permite iniciar un atracón. El vómito le protege de las consecuencias que teme de ganar peso y al mismo tiempo le alivia la ansiedad y los sentimientos de pérdida de control ante la comida.

4.4 MODELO INTEGRADOR

Una forma de aproximarse a los TCA es a través de un modelo en el que integrar el modelo de ansiedad, modelo de restricción alimentaria y de regulación del peso corporal y variables psicológicas (Williamson, Davis, Duchmann y cols, 1990). Los mecanismos establecidos para explicar el funcionamiento de los TCA serían muy similares, con algunas diferencias entre la AN y BN.

En concreto, si se observa el modelo de la BN (ver Figura 4.2.), desde esta perspectiva se afirma que saltarse una dieta restrictiva produce un impulso a comer alimentos prohibidos y darse un atracón. Una vez iniciado este patrón, se despiertan los miedos de aumentar de peso y la preocupación por la imagen corporal que generan ansiedad. Para reducir esta ansiedad, las personas recurren a las conductas purgativas que son reforzadas negativamente. Durante este proceso aparece una privación biológica (debido a que la persona elimina la energía y nutrientes) que desencadena una sensación de hambre, lo que les llevará a repetir el ciclo atracón-vómito.

Como consecuencia de todo este bucle aparecen problemas de salud, disminución del ritmo metabólico y otras complicaciones físicas que le conducen a una mayor probabilidad de ganar peso.

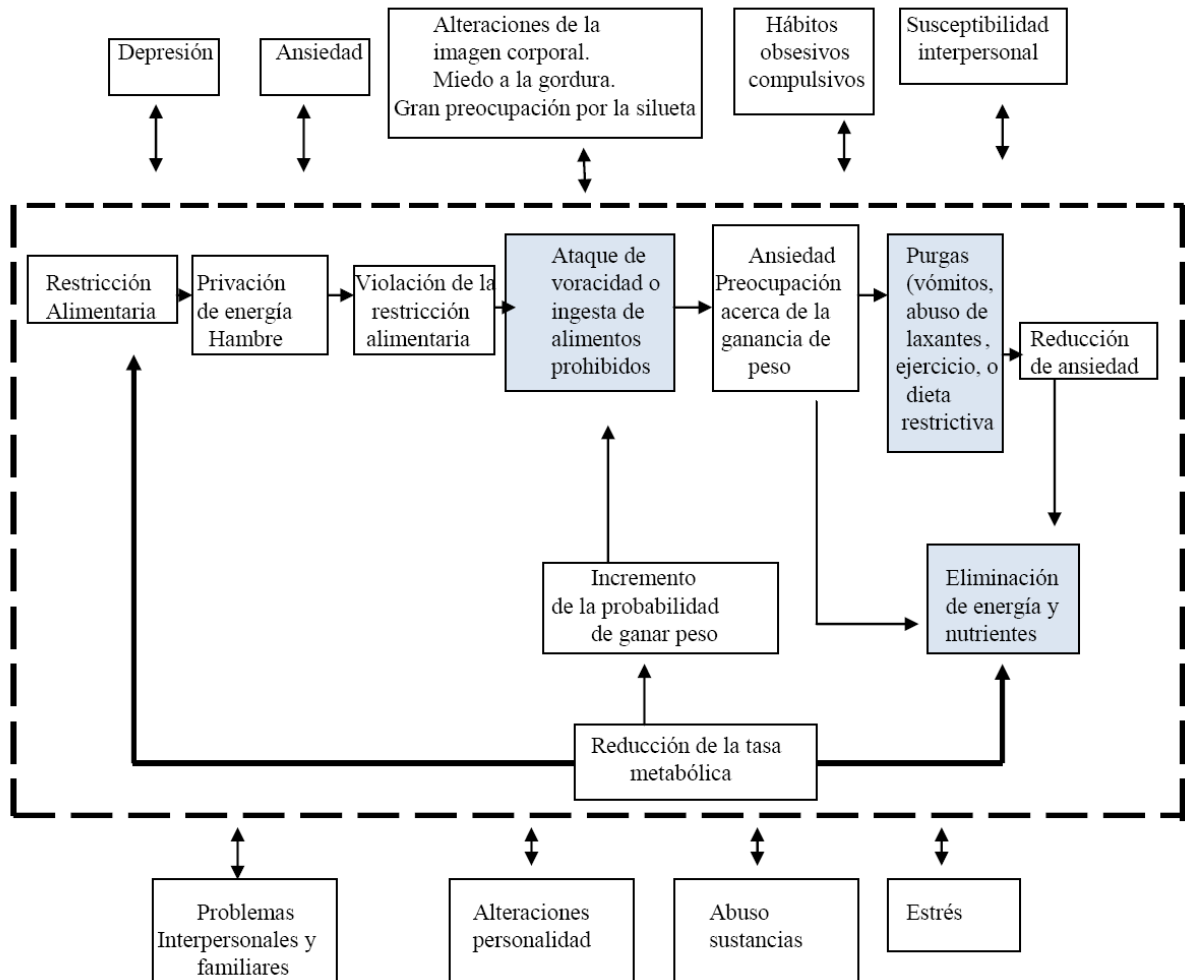


Figura 4-2. Modelo conceptual de la BN restrictiva (Williamson, David, Duchmann y cols., 1990) tomado de Saldaña, 1994

En el caso de la AN tipo purgativo (ver Figura 4.3.), los mecanismos son similares a los realizados en la BN. La diferencia en la AN tipo restrictivo, es que la reducción de la ansiedad se consigue mediante la evitación de alimentos y realizando ayunos drásticos.

El proceso de ayuno a corto plazo consigue reducir el apetito (por lo que puede consumir pequeñas cantidades), le refuerza sus sentimientos de autocontrol sobre su comportamiento alimentario y reduce su miedo a ganar peso. Sin embargo, a largo plazo, al disminuir el ritmo metabólico basal se incrementa la probabilidad de ganar peso y el temor existente a la gordura.

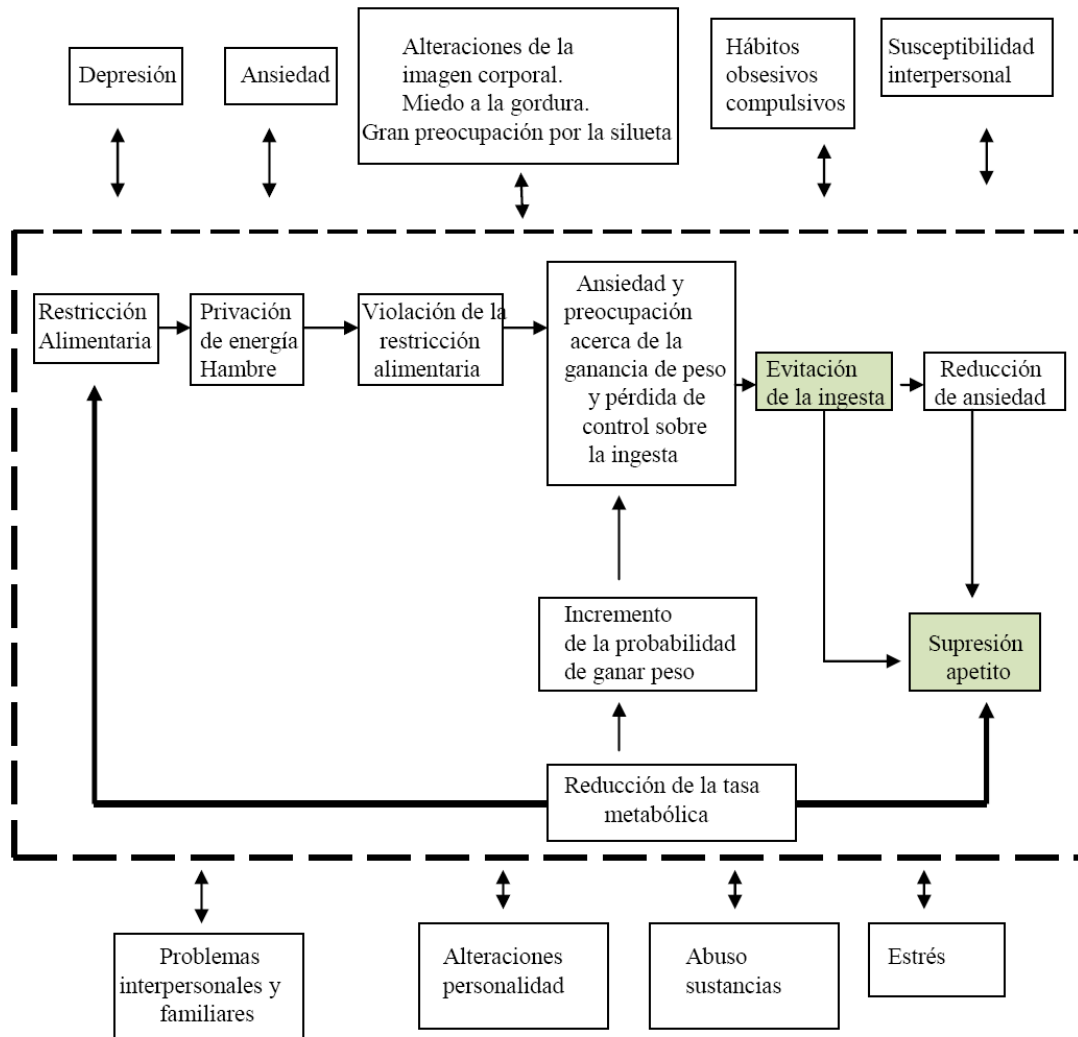


Figura 4-3 Modelo conceptual de la AN restrictiva (Williamson, David, Duchmann y cols., 1990) tomado de Saldaña, 1994

Como factor principal en este comportamiento está la ansiedad (reducción de la ansiedad a través de las conductas purgativas o evitación de la comida y dietas, que hace que el proceso se mantenga), y la psicopatología secundaria asociada.

4.5 SESGOS COGNITIVOS

Muchas de las preocupaciones que presentan los sujetos con TCA están relacionadas con la forma de interpretar la realidad. Un gran número de investigaciones recogen la relación existente entre la preocupación relacionada con la imagen corporal o la alimentación y los errores en el procesamiento de la información. Estos errores en el procesamiento de la información contribuyen a mantener problemas en la alimentación (Williamson y cols., 1996, 2000, 2004).

Numerosos autores consideran que el componente fundamental alterado en los TCA es de naturaleza cognitiva (Cooper, 1985). Son las creencias y los valores en torno al peso y forma corporal lo que les lleva a temer continuamente engordar y que explican los patrones alterados relacionados con la alimentación.

A continuación se recogen algunos de estos sesgos cognitivos.

4.5.1 Percepción de la talla corporal

Las personas con TCA constantemente vigilan la discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal. Esta teoría predice que esta discrepancia está asociada con altos niveles de insatisfacción corporal. Los sucesos del ambiente que activan la preocupación del peso pueden empeorar la imagen corporal.

Hay investigaciones en las que se estudia la presencia de esta discrepancia. Una de ellas se centra en sujetos bulímicos que pasan por la siguiente secuencia: se les pesa, inmediatamente se les da un aperitivo y se les vuelve a pesar. Tras estos pasos se les valora, obteniendo como resultado que el juicio acerca de su figura ideal aumentaba en personas bulímicas después de comer.

Otras investigaciones como las de Baker y cols., (1995) comprobaron que la estimación de la figura actual y la insatisfacción corporal estaba influida por las emociones negativas. Los sucesos que activan las preocupaciones por el peso están asociados con un aumento en la valoración de la figura.

4.5.2 Distorsiones cognitivas

Tabla 4.1 Distorsiones cognitivas (Faiburn y Cooper, 1989) modificado

Abstracción selectiva	Basarse en conclusiones o detalles aislados, ignorando la evidencia que haya en contra o más sobresaliente. “El único modo en que puede estar en control es a través del comer”
Sobregeneralización	Extraer una regla en función de un hecho y aplicarlo a otra situación diferente. “Con mi peso anterior no era feliz, así que ganar peso no me hace sentir mejor”. “Cuando comía dulces estaba gordo, por lo tanto he de rechazarlos completamente o me convertiré en un obeso” “Todas las grasas engordan”
Magnificación	Sobrestimar el significado de una consecuencia no deseable. “He ganado un kilo; nunca más podré ponerme unos <i>shorts</i> ” “Si gano un kilo me moriré”
Pensamiento dicotómico	Pensar en términos extremos y absolutos. “Si he ganado un kilo ganaré 50” “Si pruebo los dulces no pararé de comerlos”
Personalización y autorreferencia	Interpretaciones egocéntricas de hechos impersonales o sobreinterpretación de hechos relacionados con uno mismo. “Me avergüenzo de que otro me vea comer”. “Todos se fijan en mi cuerpo cuando voy en bañador”
Pensamiento supersticioso	Creencia en la relación causa-efecto de hechos no contingentes. “Es mejor no disfrutar de nada porque inmediatamente desaparecerá” “La comida que como va directamente a mis muslos” “Cada vez que como dulces mi estómago se hincha”

Parten de la idea de que los síntomas derivan de las creencias erróneas del pensamiento distorsionado acerca del cuerpo. Están basados en la teoría de Beck (existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información) y adoptados por Faiburn y Cooper (1989) para aplicarlos en los TCA (ver Tabla 4.1.).

Se trata de una asociación entre delgadez y sentimiento de eficacia y valor como individuo. Este procesamiento distorsionado sobre el mundo y sobre sí mismo funciona como mantenimiento de los TCA, independientemente de la etiología del problema (genética, psicológica, etc.).

4.5.3 Sesgo en la atención

El concepto de la atención es muy amplio y suele definirse por los efectos que produce en el procesamiento de la información.

Diferentes investigaciones apoyan, a través de estudios experimentales, cómo los sujetos con TCA presentan sesgos en la atención dirigida a la información relacionada con el cuerpo. Se trata de un sesgo en la atención selectiva, donde la persona sigue una fuente de información, cuando hay muchas que compiten por atraer la atención. La atención sería una espada de dos filos: selección y exclusión. Estos sesgos presentes en los individuos con TCA hacen que tengan mayor probabilidad de atender a estímulos relacionados con el peso, figura corporal o comida (Perpiñá y cols., 1993).

Esta variable ha sido investigada mediante la aplicación de dos tipos de tareas:

- ✓ Tareas Stroop (Cooper y cols., 1992, Ben-Tovin y cols., 1991). La técnica ha sido aplicada tanto en AN como en BN. Para ello, se muestra a los sujetos palabras relacionadas con comida, figura y peso corporal de forma que se pueda valorar el efecto cognitivo. Los resultados de la investigación demuestran a través de esta técnica, que el grupo con AN y BN emplea más tiempo en responder a dichas palabras, mientras que se iguala en tiempo con respecto al grupo control al responder al nombre de colores u otras palabras neutras. Estos resultados indican que, efectivamente, los sujetos con sintomatología

relacionada con TCA prestan mayor atención en aquellos estímulos que conectan con sus preocupaciones (comida, peso, figura).

- ✓ Tareas de escucha dicótica (Schotte y cols., 1990; Meyer y cols., 2000): hallan evidencias del procesamiento de información selectiva en la palabra “gorda” medidas a través de un ordenador en personas con TCA. Los sujetos con TCA atienden con mayor probabilidad a palabras relacionadas con características relacionadas con físicos grandes e ignoran palabras relacionadas con físicos delgados.

4.5.4 Sesgo en la memoria selectiva

Los investigadores de este campo defienden que los sujetos con sintomatología relacionada con TCA tienen más fácil acceso a la información almacenada en la memoria que se encuentra relacionada con el peso o figura, frente a otro tipo de información. Esta accesibilidad fomenta una mayor probabilidad de recordar la información consistente con su esquema, que soporta su sistema de creencias y patología. La información que no es consistente con sus creencias, no será de fácil acceso, dejándola fuera de la consciencia.

Este sesgo, también presente en los trastornos del estado de ánimo (depresión) y otros trastornos, puede desempeñar un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la patología de la alimentación. En algunas investigaciones, los participantes debían memorizar una serie de palabras. Los resultados indicaron que los sujetos recordaban más palabras relacionadas con la gordura, que palabras neutras o sin relación, frente a un grupo control, y no había diferencias entre los grupos en el resto de palabras.

4.5.5 Sesgo en la interpretación selectiva

Aparece cuando un individuo interpreta la información que le llega de una manera sesgada (consistente con su auto-esquema corporal), frente a cualquier otra alternativa. En el momento en el que un individuo con TCA es expuesto a información ambigua, la persona interpreta de forma selectiva la información para que sea consistente con sus creencias. Un sesgo que aparece en individuos con TCA es el que se relaciona con elevados niveles de insatisfacción en la imagen corporal. Williamson (2004), argumenta que la estimación que los sujetos hacen de su tamaño corporal se relaciona con este sesgo de interpretación selectiva. Tareas relacionadas con el tamaño corporal, pueden activar emociones negativas e información almacenada en la memoria relacionada con la talla corporal y figura, que pueden conducir a su vez, a sesgos en la estimación del tamaño corporal. Otros autores han valorado estos efectos en la interpretación, encontrando en sus investigaciones que los sujetos con AN o BN tienen más probabilidad de responder con interpretaciones acerca del peso y forma cuando los acontecimientos tienen un resultado negativo pero no cuando les ocurre a otros (Cooper, 1997). A su vez, encontraron sesgos en estímulos ambiguos en la interpretación relacionada con el cuerpo. Una noticia buena con respecto a estos resultados, es que la persona puede cambiar la interpretación para hacerla más razonable.

Muller y cols., (2002) investigaron la presencia del efecto de falso consenso. En la investigación los resultados apuntaban a que los sujetos con TCA valoran en exceso sus propias creencias.

4.6 TEORÍA DEL PUNTO FIJO

La Teoría del Punto Fijo (Keesy, 1980) ha sido muy aplicada en obesidad y en algunas características asociadas de los TCA, sobre todo cuando existen fluctuaciones en el peso y atracones. Esta teoría afirma que los depósitos grasos están regulados a un

nivel establecido. En este modelo se defiende que cada persona tiene un peso ideal (set point) programado biológicamente, y hay unos procesos reguladores implicados en el mantenimiento del peso, que influyen en ajustar tanto la ingesta como el gasto energético. Factores como la herencia (set point), nutrición, actividad física y tasa metabólica cobran importancia en el peso corporal. En el caso de la obesidad esta regulación tendría un nivel más alto, un punto crítico más alto, debido al mayor número de adipocitos y a una tasa metabólica basal más baja. Se defiende por tanto, que el sujeto está programado biológicamente para tener determinado nivel de grasa. Cualquier desviación de este punto crítico se compensaría con respuestas cuyo objetivo sea devolver al organismo a su peso original.

4.7 MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL

El Modelo Cognitivo-Conductual (Garfinkel y Garner, 1982; Garner y Bemis, 1985; Toro y Vilardel, 1987, Williamson y cols., 2004) se basa en la teoría del aprendizaje. Aplicado a las características de los TCA, se fundamenta en los principios del refuerzo positivo y negativo relacionado con estar o no delgada. Desde este modelo se afirma que la psicopatología de los TCA está relacionada con las ideas y sentimientos sobrevalorados acerca del peso y figura, lo que a su vez, determina su conducta. Destaca el papel de las conductas y las cogniciones en la adquisición y mantenimiento del trastorno.

Siguiendo el modelo cognitivo conductual, habría que detenerse en varios aspectos (Williamson y cols., 2004):

- Imagen corporal.
- Sesgos cognitivos.
- Atracones.
- Conductas compensatorias.

- Reforzamiento negativo de las conductas compensatorias por la reducción de la emoción negativa.
- Factores de riesgo psicológicos que podrían hacer más vulnerables a unas personas que a otras para desarrollar TCA.

La pieza central de este modelo es la imagen corporal. Las teorías cognitivas postulan que una preocupación excesiva con la figura podría desembocar en una percepción del propio cuerpo que es activado por señales internas o externas. Esta percepción lleva a la persona a prestar atención a la comida y a la silueta de forma sesgada, que a su vez se estimula en situaciones relacionadas con el miedo a la gordura (por ejemplo, sensación de plenitud puede ser relacionado como sensación de grasa, o comentarios de otros pueden ser interpretados como una valoración negativa del propio cuerpo).

A través de estos sesgos cognitivos (que ocurren de forma inconsciente y que se viven como reales) la persona acaba con una conclusión sesgada de la realidad. (Williamson y cols, 1999) (Ver Figura 4.4.).

El modelo es una síntesis de diferentes teorías de los TCA. El modelo hipotetiza que, ciertos tipos de estímulos (información relacionada con la comida, etc.) tienen mayor probabilidad de activar sesgos cognitivos en personas con una elevada valoración de la imagen corporal. Por otro lado, las emociones negativas (factores de riesgo psicológicos: miedo a engordar, preocupación por la figura, etc.) interactúan con la imagen corporal para activar algunos de estos sesgos cognitivos. Estas emociones negativas a menudo son etiquetadas de ansiedad, miedo a la gordura, depresión, menosprecio del cuerpo, enfado y odio hacia uno mismo.

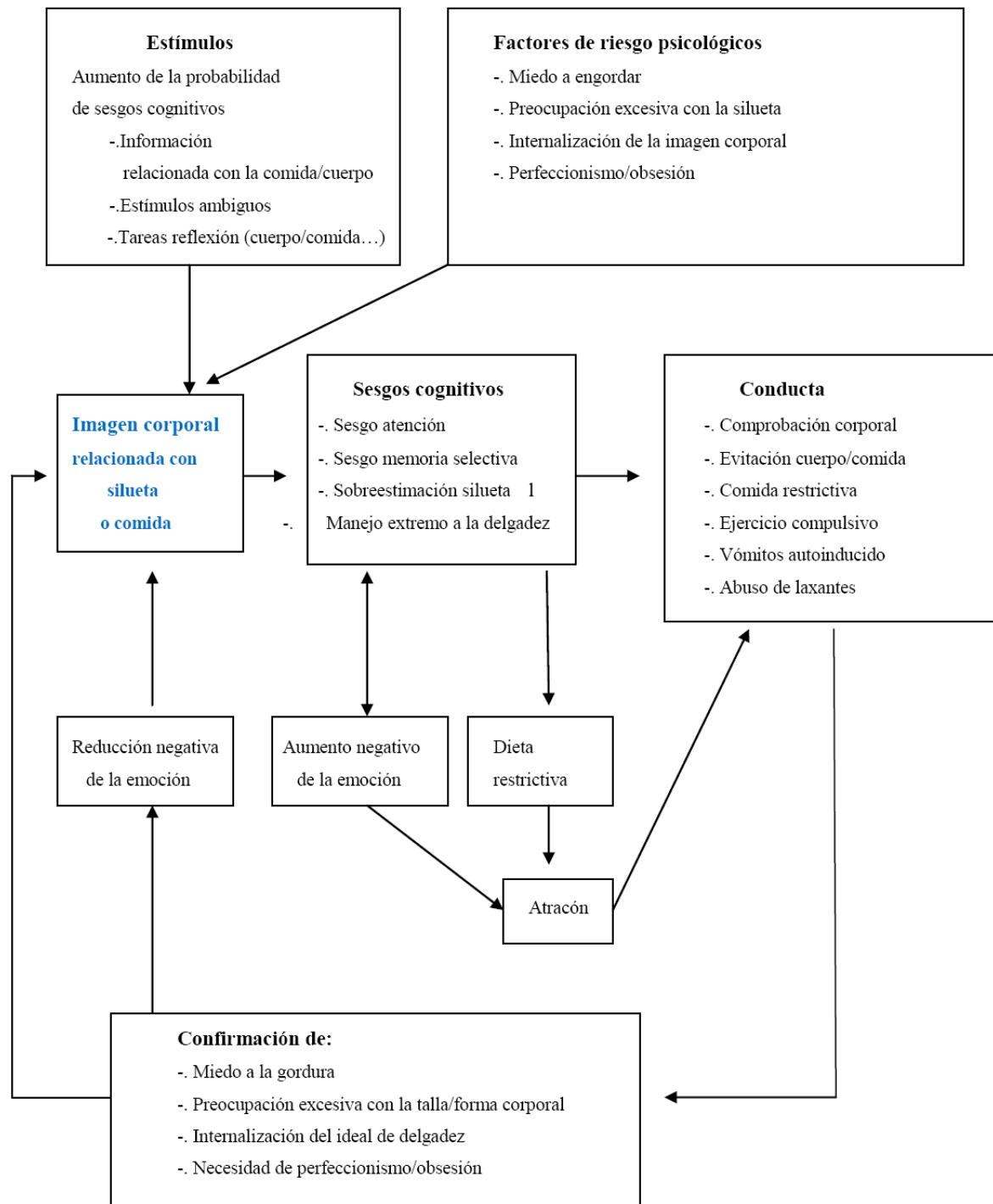


Figura 4-4 Teoría integral cognitivo-conductual de los TCA (tomado de Williamson y cols., 2004)

La obsesión con la imagen corporal, la comida, etc. hace que la persona sienta que debe hacer algo para escapar de esos sentimientos, tiene un impulso para evitar de forma urgente esa situación. La forma de evitar o escapar de esas experiencias aversivas es a través de dietas, ejercicio compulsivo, etc. (conductas). Con estas conductas la persona reduce la emoción negativa, refuerza de forma negativa el comportamiento y por último confirma la necesidad de mantener esas conductas de escape o evitación. Según este punto de vista, las experiencias negativas serían vistas como razonables, por tanto las acciones que anulan la experiencia son también vistas como razonables.

Todo este proceso confirma a la persona que debe temer estar gorda y preocuparse por la silueta.

La explicación del desencadenante del atracón es una de las consecuencias de este aumento de la emoción. La dieta restrictiva deriva de la delgadez y otros sesgos cognitivos. Así, hay autores que sugieren doble vía para sufrir atracones, a través de la dieta restrictiva y de la regulación de las emociones negativas (Stice, 2001).

El modelo asume que el desarrollo de la imagen corporal en un TCA es probablemente producido por características individuales o factores de riesgo. Algunos de los factores de riesgo más poderosos son el miedo a la gordura, preocupación por la imagen corporal, internalización del ideal de delgadez, actitudes disfuncionales acerca de la apariencia física y disposición hacia el pensamiento obsesivo y el perfeccionismo.

Si ajustamos el modelo al funcionamiento de la AN, la creencia fundamental de la AN es la necesidad de estar delgada. El seguimiento de dietas y ayuno prolongado le permite evitar lo temido, estar gorda, y poco a poco la persona va aislándose. La conducta anoréxica además, se ve reforzada positivamente por la delgadez, que le proporciona sentimientos de dominio y autocontrol además de la aprobación y preocupación de los otros. Los pensamientos y cogniciones desadaptadas mantienen a su vez esas conductas anoréxicas. Este modelo justifica el proceso de mantenimiento de la conducta anoréxica, por lo que es válido dentro de otros modelos integradores que añadan los factores genéticos, familiares, trastornos afectivos etc.

4.8 MODELO CONDUCTUAL DEL APRENDIZAJE

Este modelo defiende dos tipos de principios que subyacen al funcionamiento en el inicio y desarrollo de los TCA:

1. Existen otro tipo de factores psicológicos, como la motivación, que intervienen en los TCA y,
2. Los principios de reforzamiento son muy útiles para explicar el mantenimiento de patrones de comportamiento inadecuados.

Muchas de las conductas son mantenidas por los reforzamientos a corto o largo plazo que les siguen, siendo más fuertes las que se reciben de forma inmediata o a corto plazo. En el ciclo por ejemplo de ingesta vómito, la conducta de ingesta es seguida a corto plazo de un importante número de refuerzos positivos (disminución del hambre, placer por el alimento consumido, desaparición del deseo de comer) que comparten aparición además con el refuerzo negativo (como la disminución de ansiedad) sobre todo en el momento del inicio de la conducta purgativa. Este beneficio a corto plazo se ve interrumpido sin embargo, con las consecuencias negativas que aparecen a largo plazo (incremento de peso, aparición de problemas de salud.).

Son fundamentalmente las consecuencias positivas a corto plazo las hacen que las conductas bulímicas se mantengan en el tiempo.

Otro tipo de refuerzo presente en los TCA es el refuerzo social de delgadez que proviene de la familia, amigos, y medios de comunicación y conduce a algunas personas a desarrollar síntomas bulímicos. El ideal de cuerpo delgado se puede convertir en una idea sobrevalorada que hace que las personas mantengan niveles poco sanos de delgadez.

CAPÍTULO 5

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES

*“El cuerpo humano es el carruaje; el yo, el hombre que lo conduce,
el pensamiento son las riendas, y los sentimientos los caballos
(Platón)*

Antes de los años 70 los tratamientos de los TCA se llevaban a cabo principalmente desde un abordaje individual. A medida que se ha ido avanzando en las investigaciones, la aplicación grupal se convierte en otra de las opciones valoradas como eficaces y económicas.

El panorama del tratamiento de los TCA es incierto y se acompaña de un lento progreso en la comprensión y aplicación del mismo. Numerosos tratamientos se han desarrollado para mejorar la sintomatología característica de los TCA, unos con más acierto que otros y con mejores efectos en la línea deseada. Estos tratamientos, en ocasiones, han sido elaborados para ser aplicados específicamente a un tipo de TCA. Así, por ejemplo, los resultados de los tratamientos en BN parecen indicar una superioridad de la terapia cognitivo conductual (TCC) en primer lugar (Faiburn y cols, 1991), mostrando eficacia pero en menor medida la terapia Interpersonal (TIP) y la terapia psicofarmacológica frente a otros tratamientos. En cuanto a la eficacia de los tratamientos de la AN, a pesar de ser muy estudiado, requiere una mayor investigación, dado que para algunos autores, el único tratamiento eficaz por el momento es la rehabilitación nutricional (Saldaña, 2001).

De todos los tratamientos desarrollados hasta el momento, es de mencionar la ventaja adicional que poseen los tratamientos psicológicos frente a los médicos o farmacológicos, al no producir efectos adversos en las personas a las que van dirigidos.

Numerosas investigaciones relacionadas con los tratamientos han sido publicadas y muchos de ellos han presentado limitaciones metodológicas. Así, Saldaña (2001) recoge la revisión de los tratamientos de la AN y define algunas de las siguientes reflexiones:

- Los estudios longitudinales muestran una eficacia limitada en cuanto a resultados, aumentando la mortalidad con el tiempo.
- Las tasas de recuperación a largo plazo obtienen que un 40% de las anoréxicas se recuperan, una quinta parte de ellas tienen el trastorno de forma crónica y un tercio sufre síntomas, incluidos la BN.
- Los predictores de éxito o fracaso varían en función de los estudios y de la longitud de los mismos.

Estas limitaciones recogidas por Saldaña, en realidad son limitaciones que afectan de forma genérica a los TCA. A estas dificultades se pueden añadir la dificultad en concretar el componente de éxito debido a las fluctuaciones que tienen los TCA (pasan de la AN a la BN o viceversa) (ver Figura 5.1).

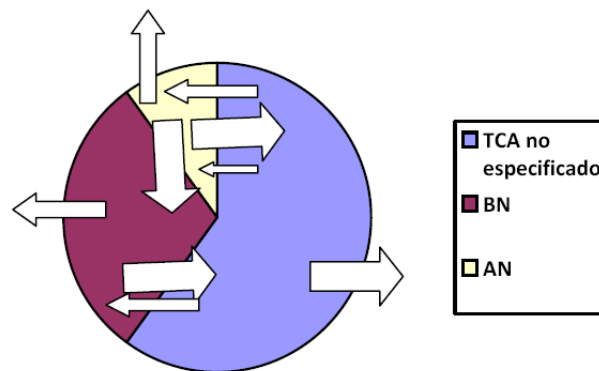


Figura 5-1 Representación esquemática¹ del movimiento temporal entre los TCA (Faiburn y Harrison, 2003)

¹ El tamaño de la flecha indica la probabilidad de movimiento en dirección mostrada. Las flechas que apuntan fuera del círculo indican recuperación.

Todas estas razones, entre otras, dificultan la tarea de valorar empíricamente los resultados de las intervenciones.

Independientemente del método terapéutico que se elija para trabajar con la persona, hay dos objetivos fundamentales a tener en cuenta: volver a nutrir a la persona y darle unos tratamientos (psicológicos, farmacológicos o ambos).

Algunos autores resumen la intervención en cuatro puntos fundamentales (Aguinaga, 2007):

1. Recuperar o mantener el peso adecuado a la edad y talla.
2. Evitar o tratar las complicaciones orgánicas sobrevenidas.
3. Diagnosticar y tratar los problemas psicológicos y socio-familiares.
4. Prevenir las recaídas.

A pesar de alguna mínima diferencia con respecto a la intervención entre autores, como objetivos en general, se debe considerar a la hora de abordar los TCA los siguientes puntos (Guía Práctica Clínica, 2009):

1. Restaurar o normalizar el peso y el estado nutricional
2. Tratar las complicaciones físicas
3. Proporcionar educación sobre patrones alimentarios y nutricionales sanos (dieta equilibrada, alimentación, etc.)
4. Modificar o mejorar las disfunciones previas o adquiridas (pensamientos, actitudes, sentimientos y conductas): tratamientos psicológicos, farmacológicos o ambos.
5. Tratar la comorbilidad (otros trastornos psiquiátricos, alteraciones del ánimo, etc.)
6. Conseguir apoyo familiar
7. Prevenir recaídas
8. Tratamiento de los casos crónicos.

En general, los investigadores (Bell y cols., 2000) intentan delimitar una intervención específica en función del tipo de TCA a la que va dirigida (Ver Tabla 5.1).

Tabla 5.1 Objetivos terapéuticos de la AN y BN (tomado de Bell y cols., 2000)

Anorexia Nerviosa	Bulimia nerviosa
<ol style="list-style-type: none">1. Restaurar el peso a un nivel saludable.2. Tratar las complicaciones físicas3. Motivación para el tratamiento4. Educación en alimentación sana5. Modificar pensamientos, actitudes y sentimientos inadecuados relacionados con el TCA6. Tratar los trastornos asociados7. Conseguir apoyo familiar y asesorar a la familia8. Prevención de recaídas	<ol style="list-style-type: none">1. Reducción o eliminación del ciclo atracón-vómito2. Actitudes relacionadas con el TCA3. Incremento de variedad de alimento4. Incorporación de ejercicio físico5. Tratar los trastornos asociados6. Modificar pensamientos relacionados con los TCA7. Prevenir recaídas

Los predictores en cuanto al éxito o fracaso de la intervención de los TCA son muy variados. Hasta el momento no hay consenso con respecto a su valoración. Sin embargo, a continuación enunciamos alguno de los predictores con más relieve recogidos en las publicaciones con respecto al pronóstico de los tratamientos en la AN y BN.

Predictores de éxito en el tratamiento de la AN:

- peso inicial en el momento del tratamiento: a menor peso en el momento de iniciar la intervención peores resultados (Hebebrand et al., 1997)
- duración de la enfermedad: a mayor duración del trastorno antes de recibir ayuda peores resultados (Fichter et al., 1999).
- edad de inicio. Algunos investigadores dan peor pronóstico a una edad temprana de inicio (Herzog et al, 1992), mientras otros lo dan una edad tardía de inicio (Ratnasuriya et al, 1991) o no encuentran diferencias (Casper et al, 1996).
- presencia o ausencia de atracón-vómito o realización de dietas: peor pronóstico las anoréxicas purgativas (Gower et al., 1994), a pesar de que en estudios a largo plazo no se refleja este predictor (Fitcher et al, 1999).
- comorbilidad con otros trastornos psicológicos. Los estudios indican que la comorbilidad con depresión (Herpertz-Dahlmann y cols., 1996) y ansiedad muestran resultados más pobres (Eckert y cols., 1995).

Predictores que indican un peor pronóstico en el tratamiento de la BN:

- Baja autoestima (Faiburn y cols., 1993)
- Bajo peso o AN (Wilson y cols., 1986)
- Gravedad o frecuencia de los atracones (Wilson y cols., 1999)
- Comorbilidad con trastornos de personalidad (Waller., 1997)
- Depresión (Bulik., 1998)
- Actitudes negativas hacia el peso y figura (Faiburn y cols., 1993)
- Historia previa de obesidad (Bulik y cols., 1998)
- Duración de la enfermedad: a mayor duración del trastorno previo al tratamiento y abuso de sustancias y drogas mayor fracaso (Reas y cols., 2000)

Como norma general, los individuos que presentan un mejor pronóstico durante el tiempo de intervención son aquellos que muestran menos comorbilidad con otros

trastornos mentales y menos problemas con conductas restrictivas o sintomatología bulímica (Aardom y cols., 2013).

5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En términos generales, la eficacia del tratamiento farmacológico en pacientes con AN es muy escasa. Tomar una pastilla parece ser una opción con poco éxito para resolver un problema en el que se comprometen diversos factores (familiares, sociales, genéticos, etc.). En su mayoría, la utilización de los fármacos, ha ido dirigida a modificar algunos de los síntomas asociados pero sin llegar a ser la solución del problema.

1. Antipsicóticos, benzodiacepinas y otros medicamentos derivados no anfetamínicos no demuestran superioridad frente a un placebo. Pueden aliviar en un primer momento la sintomatología ansiosa e impulsiva, pero a largo plazo no contribuyen a una mejora definitiva: no producen ni cambios cognitivos ni ganancia en el peso, (Hoffman y cols., 1993). El efecto limitado de su utilización, unido a los efectos secundarios que producen, hacen que el uso de la línea farmacológica sea desaconsejado por el momento en su utilización como primera elección, dejando el primer puesto de aplicación al tratamiento psicológico como mejor opción.
2. Si se analiza el estudio del uso de antidepresivos en los TCA, si bien ha demostrado alguna eficacia en la BN (reducción de atracones, vómito, estado de ánimo y ansiedad, Bell y cols., 2000), ha sido ineficaz en la AN. Hay diferentes hipótesis acerca del funcionamiento de los antidepresivos en los TCA. Chinchilla (1994), por ejemplo, formula la hipótesis en la que los antidepresivos podrían tener un efecto directo sobre los mecanismos del cerebro que regulan el control del hambre-saciedad.

Los beneficios y efectos perjudiciales han sido valorados a lo largo de la investigación. Por un lado, en cuanto a los posibles beneficios que pueden obtener los TCA a través de estos fármacos, la administración de antidepresivos tricíclicos en la BN (clorimipramina, imipramina, etc.) ha llevado a una reducción en la sintomatología bulímica, a pesar de no tener claro cuáles son sus mecanismos de acción. En cuanto al uso de los antidepresivos en la AN, ha sido considerado con el fin de eliminar la sintomatología depresiva y debido a que uno de los efectos de este tipo de fármacos es el aumento del apetito. Sin embargo, los resultados obtenidos no han producido ninguna mejora significativa en la AN (ni en aumento de peso ni en sintomatología anoréxica). Por otro lado, este tipo de fármacos mantiene con frecuencia efectos secundarios como hipotensión, sedación y aumento de peso si se mantienen de forma prolongada, lo que a menudo desemboca en el abandono del tratamiento.

Otro de los tratamientos farmacológicos de elección es el uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), sobre todo fluoxetina. Los ISRS podrían aumentar los niveles de serotonina al inhibir su recaptación por la célula presináptica. La serotonina es considerada por algunos investigadores como la responsable de mantener un estado de ánimo equilibrado. En el sistema nervioso central la serotonina podría estar presente en la inhibición del apetito (saciedad) y en la inhibición selectiva de la ingesta de carbohidratos (apetencia específica sobre los hidratos de carbono). Niveles altos de serotonina producen sensaciones de saciedad. En la AN, diferentes estudios han observado cómo la actividad serotoninérgica es reducida en sujetos con AN ya que la restricción alimentaria disminuye la disponibilidad del triptófano (precursor en la producción de serotonina). Así pues los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) no serían eficaces para manejar los síntomas depresivos pero sí podrían ser utilizados con terapias cognitivo conductuales después de una mejora nutricional para restablecer esta disponibilidad del triptófano. En la BN sí se ha demostrado su eficacia a la hora de interrumpir el ciclo compulsivo-purgativo, mejorar el humor y la ansiedad, a pesar de desconocer sus efectos a largo plazo y obtener resultados contradictorios.

A la vista de los resultados, se puede sacar como conclusión la baja efectividad del tratamiento farmacológico en la AN, al no producir mejoría en los síntomas (Peterson y cols., 1999) por lo que se aconseja estudiar otras alternativas. Como consecuencia, diferentes autores han promovido unas directrices para valorar el uso del tratamiento farmacológico. Desde la Comisión de Expertos (Bell y cols., 2000) por ejemplo, se aconseja la medicación después de la recuperación del peso (cuando ha habido mejoría en algunos de los síntomas debido a esa ganancia de peso). Otras investigaciones desestiman el tratamiento farmacológico como medida aislada para abordar los TCA y apuntan más bien a una combinación de medicación y tratamiento cognitivo-conductual.

5.2 REHABILITACIÓN NUTRICIONAL

El objetivo terapéutico es restaurar el peso, instaurar un patrón de alimentación normalizado, adquirir señales adecuadas de saciedad-hambre y eliminar la sintomatología asociada al trastorno. Este tratamiento es largo y la persona debe pasar por las distintas fases de ganancia de peso y de mantenimiento, en las que hay un control médico.

Durante la fase de ganancia de peso, la actividad física se adapta en función del estado de la persona y del peso que tenga en ese momento. Una vez que la persona recupera peso, normalmente hay mejoría asociada en algunos de los síntomas del TCA, como la disminución de la obsesión por los alimentos, mejora de ansiedad o del estado de ánimo (Hsu, 1990).

5.3 TERAPIA CONDUCTUAL (TC)

A pesar de las ventajas que pueda presentar en la aplicación conductual a los TCA, si bien es cierto que es mucho más eficaz, en general, cuando se aplica incorporando la parte cognitiva. En la aplicación de una intervención conductual en los TCA, es necesario considerar algunos de los componentes que pueden incorporarse en función del problema que se quiera modificar:

5.3.1 Procedimientos operantes de manejo de contingencias

Este procedimiento se basa en la utilización del refuerzo positivo y negativo contingentes al aumento de peso y de la ingesta. Es utilizado sobre todo en régimen hospitalario en AN. Se priva a la persona de privilegios como visitas, teléfono, televisión, etc., y a medida que va ganando peso la persona recupera dichos premios. Se refuerza la ganancia del peso y el cumplimiento de la pauta de comida.

5.3.2 Control estimular

El objetivo es disminuir la relación entre la estimulación ambiental y los comportamientos anómalos frente a la comida. El modelo asume los principios de condicionamiento aplicados a los comportamiento de alimentación (comer siempre en el mismo lugar, sentado, no hacer ninguna otra actividad como leer o ver la TV mientras se come, ir a la compra cuando no se tiene hambre, procurar tener alimentos sanos en casa, etc.).

5.3.3 Exposición con prevención de respuesta

Aplicado con el fin de eliminar atracones y vómitos. Se ha usado fundamentalmente, para moderar la ansiedad asociada con la alimentación, en ausencia de comportamientos compensatorios. Se le pide a la persona que coma compulsivamente para después resistirse a realizar las conductas compensatorias. Está basado en la teoría de que la purga sirve para disminuir los niveles de ansiedad asociados a la alimentación y así reforzar negativamente la conducta de reducción de la ansiedad. El objetivo es prevenir la purga seguida a la comida, hasta que la ansiedad se relacione con la disminución de la comida. Las investigaciones afirman que la asociación entre la reducción de la ansiedad y la purga puede ser modificada, sin embargo los resultados hasta el momento son inconsistentes.

La utilidad de esta técnica podría tener valor en la disminución de la ansiedad ante la ingesta de los alimentos prohibidos (Jansen y cols, 1992) o ante la inducción de los estados de ánimo negativos (Carter y cols., 1993). Sin embargo es poco recomendable al ser aversivo, requerir mucho tiempo y ser menos eficaz que otras intervenciones (por ejemplo la terapia cognitivo-conductual) (Faiburn, 1998).

Algunos trabajos han estudiado el valor añadido que puede aportar esta técnica a otras líneas de intervención, fundamentalmente con la reestructuración cognitiva. Investigaciones afirman que la reestructuración cognitiva y exposición con prevención de respuesta fue más eficaz que la reestructuración cognitiva sola en reducir atracones y vómitos (Faiburn y cols., 1986). Otros estudios igualan la reestructuración cognitiva con la exposición con prevención de respuesta con la prevención de respuesta y la reestructuración cognitiva sola (Wilson y cols., 1991). Estas diferencias podrían explicarse por los distintos componentes de la reestructuración cognitiva.

5.3.4 Formación de la conciencia de apetito

A través de esta técnica, los sujetos aprenden a supervisar los niveles de hambre en lugar de la ingesta de alimentos, de ese modo, inician la comida sólo con niveles moderados de hambre para que no se conviertan en extremos.

Como conclusión, los resultados de algunas investigaciones afirman que la terapia conductual:

- Fue más eficaz en un grupo de mujeres anoréxicas (24) en la recuperación del peso y mejora del ciclo menstrual frente a la terapia cognitivo conductual (Channon, 1989).
- Se valora su eficacia frente a la terapia cognitivo conductual con respecto a la reducción de frecuencia de atracones y purgas al finalizar el tratamiento (Faiburn, 1991).

5.4 TERAPIA COGNITIVA

Dada la baja frecuencia de aplicación de esta intervención en los TCA de forma aislada, (la intervención se beneficia más cuando se añaden componentes cognitivos y conductuales) y puesto que se desarrolla más adelante en la terapia cognitivo-conductual, se describe de forma muy breve.

Este modelo de tratamiento se dirige al papel que juegan ciertos procesos cognitivos en los TCA. La terapia cognitiva ha sido aplicada en los TCA con el fin de modificar las distorsiones en el procesamiento de la información basándose en el modelo para la depresión de Beck (Beck y cols., 1983). Para Beck, el procesamiento distorsionado conduce al resto de los síntomas afectivos, conductuales, fisiológicos y motivacionales. Este tipo de procesamiento puede ser producto de factores genéticos, físicos, psicológicos etc. En el tratamiento de los TCA, desde la línea cognitiva, se realiza una

reestructuración cognitiva, que incide directamente en los pensamientos y actitudes relacionadas con el peso y la silueta.

Los componentes de la terapia cognitiva han obtenido mayor importancia sin embargo, al incorporarse a la terapia cognitivo conductual, debido a la mayor eficacia cuando se asocia a componentes conductuales frente a su aplicación aislada. De hecho, a pesar de que algunas investigaciones indican mejoría desde esta perspectiva, es necesario hacer estudios controlados que atenúen los problemas metodológicos y aporten datos acerca de la eficacia de forma empírica.

5.5 TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC)

Surge a partir de la incorporación de los aspectos cognitivos en la aparición y mantenimiento de los TCA. De este modo, a los criterios conductuales de ganancia de peso, aparecen otros relacionados con la eliminación de pensamientos alterados y sustitución por otros más adecuados.

Las cogniciones sobre las que se centran son: (a) cogniciones negativas respecto a la alimentación y al peso, (b) cogniciones y valoraciones negativas respecto a la propia imagen y figura corporal (c) baja autoestima respecto a sí mismas.

Su aplicación ha sido ajustada tanto a la BN como a la AN, sin embargo a diferencia del éxito obtenido en la BN, en la AN los tratamientos no han sido sistematizados y resulta difícil evaluar su eficacia.

En cuanto a la AN los objetivos desarrollados (Garner y cols., 1985) se centran en lograr:

- (1) normalización de peso e ingesta (errores cognitivos en relación a la alimentación, peso, etc.),
- (2) mejora de autoestima (quitar la asociación del valor de la persona y el cuerpo o silueta) y
- (3) mejora de la autoconciencia y confianza personal (dotar de estrategias de afrontamiento).

Una limitación metodológica al evaluar los resultados obtenidos por esta intervención en la AN es que, la mayoría de los estudios realizados, han evaluado las ganancias de peso sin considerar el resto de la sintomatología anoréxica.

La TCC es el enfoque terapéutico más utilizado en la BN que persigue los siguientes objetivos:

- (1) la desaparición de los atracones y de las conductas purgativas,
- (2) desarrollo de pautas normalizadas de alimentación,
- (3) modificación de las actitudes e ideas disfuncionales respecto al peso y la imagen corporal y
- (4) desaparición de la sintomatología asociada.

La aplicación de la TCC muestra reducción en atracón, purga, restricción alimentaria y actitud negativa sobre el peso y figura.

Una de las mayores sistematizaciones de la TCC es la realizada por Faiburn (1985). Faiburn postula que la presión hacia la delgadez por parte de la sociedad, influye a que se desencadene una sobrevaloración del peso y figura y a iniciar conductas anómalas para alcanzar el ideal de belleza. Establece un programa que consta de 20 sesiones repartidas en tres fases:

1. Modelo cognitivo de mantenimiento de la BN, técnicas conductuales (control estimular, autorregistros, conductas alternativas, etc.) con el fin de sustituir los atracones por hábitos alimentarios más adecuados.
2. Mantener hábitos de alimentación saludable retirando la dieta. Incluye técnicas cognitivas (reestructuración cognitiva para modificar las creencias relacionadas con los TCA)
3. Mantenimiento de los cambios y prevención de recaídas.

La intervención cognitivo conductual, presenta la ventaja de que, además de tener cada vez más sistematizadas las sesiones de aplicación, presenta el menor índice de abandonos.

A continuación se detallan algunos de los resultados obtenidos de las investigaciones realizadas con la TCC en los TCA:

Con respecto a la AN:

- Estudio con mujeres anoréxicas en régimen ambulatorio tratadas durante 12 meses (Channon, 1989). Se compara la eficacia de una intervención cognitivo conductual o conductual frente a un grupo control. Los resultados indican que la TCC es más eficaz en mejorar el funcionamiento psicosexual y la TC en mejorar el ciclo menstrual y restaurar el peso.
- Estudio con mujeres anoréxicas ingresadas (18-45 años) y tratadas durante 12 meses. La TCC obtiene una mayor mejoría, y ésta se mantiene durante más tiempo frente al consejo nutricional. Un sesgo en este estudio es que muchas mujeres recibieron antidepresivos (Pike, 2003).
- Estudio con mujeres anoréxicas tratadas de forma ambulatoria durante 20 semanas con TCC, TIP o tratamiento de apoyo no específico. La TCC es superior a la TIP en mejorar la restricción alimentaria. El tratamiento de apoyo no específico es superior en mejorar el comportamiento general (McIntosh, 2005).

Con respecto a BN, algunos estudios concluyen que la TCC:

- Tiene mayor éxito frente a lista de espera en la remisión de los atracones y en la frecuencia de atracones (Treasure, 1999) y purgas (Griffiths, 1994) en adultos al finalizar el tratamiento.
- No muestra diferencias significativas en reducir la frecuencia de atracones y restricciones frente a la TIP. Se compara la TCC, TIP y lista de espera en una intervención grupal (56 mujeres). Las intervenciones son superiores a la lista de espera, sin encontrar diferencias significativas entre ambas intervenciones (Wilfley, 1993).
- Tiene una superioridad cuestionada frente a la TC con respecto a la disminución de la frecuencia en atracones y purgas (Faiburn, 1991).

- Es más eficaz que la TIP en la remisión de los atracones y purgas al final del tratamiento (Agras, 2000), siendo cuestionada durante el seguimiento y en relación a la reducción de la frecuencia de los atracones y purgas al finalizar el tratamiento (Agras, 2000). Una de las ventajas frente a la TIP es que reduce los síntomas en menos tiempo (Faiburn, 1991). Otro estudio también encuentra mejorías frente a la TIP en la reducción de restricción alimentaria, reducción de atracones y frecuencia de purgas y vómitos (Wilson, 2002). En formato de aplicación grupal, sin embargo, algunas investigaciones no encuentran diferencias entre ambas intervenciones (Wilfley, 1993).
- No tiene diferencias significativas frente a la terapia psicodinámica (Garner, 1993), o autoayuda guiada, con respecto a la frecuencia de los atracones y de las purgas.
- En combinación con la autoayuda guiada presenta mejores resultados y es más económico que la terapia familiar, reduciendo más los atracones a los seis meses aunque a los doce meses se iguala este resultado (Schmidt, 2007).
- No tiene diferencias significativas frente a la autoayuda guiada con respecto a la remisión de atracones y purgas al final del tratamiento o en seguimiento, sí hay diferencias en reducir su frecuencia al finalizar el tratamiento (Bailer, 2004). Lo mismo ocurre con respecto al tratamiento de autoayuda (Treasure, 1994). En un experimento grupal (81 mujeres) se compara con la autoayuda guiada (Bailer, 2004). Los resultados obtienen una reducción en atracones, vómitos y abuso de laxantes, puntuaciones en el EDI, deseo de delgadez e insatisfacción corporal con ambas intervenciones
- La aplicación individual vs. grupal no tiene diferencias significativas (Chen, 2003) aunque la grupal es más económica.
- Es efectiva en la reducción de los síntomas de depresión a los seis meses de seguimiento, logrando en algunos casos reducir en un 90% los atracones y purgas (Burton, 2007).
- Saldaña (2001), cita los resultados del predominio de la TCC a través de un meta-análisis realizado en 1999 por Whittall, Agras y Gould sobre 35 estudios

controlados (26 con TCC y 9 con tratamiento farmacológico), concluyendo que la TCC es el tratamiento de elección para la BN.

5.6 TERAPIA INTERPERSONAL

El objetivo de este modelo se centra en el estrés personal y las relaciones interpersonales, más que la dieta, la imagen corporal o el peso. Originariamente desarrollada para la depresión con influencia psicoanalíticas (p. ej. Klerman y cols., 1984) o con enfoques de corte más cognitivo-conductuales (p.ej. Gotlib y cols., 1992) y posteriormente aplicado a los TCA (Faiburn, 1991).

Por un lado, desde la influencia más psicoanalítica se enfatizan aspectos como exposición durante la infancia a experiencias adversas o estilos desadaptativos de crianza (abuso, negligencia, separación de los padres o pérdida,), por otro, desde la influencia más cognitivo conductual, se resalta por ejemplo, los papeles que juegan en el trastorno tanto la persona que sufre el trastorno como los miembros de su entorno social. En la investigación de Gotlib de la TIP aplicada a la depresión (1992), se relaciona el inicio del trastorno con el desencadenante de un estresor y matiza que la gravedad de este estresor depende de circunstancias externas y de factores de vulnerabilidad. Estos factores de vulnerabilidad pueden ser interpersonales (apoyo social, ambiente familiar, habilidades familiares en la resolución de problemas) o intrapersonales (aspectos cognitivos como pueden ser los esquemas cognitivos negativos o habilidades conductuales en el manejo del estrés o de las habilidades sociales). Siguiendo esta línea de investigación de la depresión y aplicada a los TCA, se enfatiza del mismo modo, la importancia de los factores interpersonales (familia, sociales) en la etiología, mantenimiento y tratamiento de los TCA. En la raíz del trastorno está por tanto, los problemas interpersonales (evitación de conflictos, déficit en resolución de problemas sociales, etc.) que desarrollan las personas por ejemplo con BN, sin ser conscientes de ellos, lo que les genera un estrés personal que provoca sentimientos de ansiedad y depresión, culminando en episodios de atracón-vómito. El objetivo a perseguir es conseguir una reducción de las emociones negativas que

aparecen como consecuencia de los problemas interpersonales y de este modo, cortar el ciclo que les lleva a iniciar episodios bulímicos.

La TIP puede considerarse como una alternativa a las bulímicas que fracasan en obtener resultados en la dirección deseada con la TCC. Los primeros estudios de la eficacia de la TIP provienen de Faiburn y cols (1991, 1995).

Hay una adaptación realizada por Faiburn (1994) a los TCA y desarrollada en tres fases:

1. identificación de las dificultades interpersonales implicadas en la BN,
2. contrato para trabajar estas dificultades (baja autoestima, ineficacia, ideas irracionales, etc.) y
3. cierre de tratamiento y prevención de recaídas.

Comparada la intervención con TIP frente a otras intervenciones (TCC), es menos eficaz en mejorar el funcionamiento general y la restricción alimentaria en AN (McInstosh, 2005) y es menos eficaz en la BN en la remisión de los atracones (Agras, 2000) y de las purgas (Cooper, 1995) al finalizar el tratamiento. No hay diferencias significativas entre ambos tratamientos al reducir la frecuencia de atracones o purgas (Agras, 2000).

5.7 TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar evalúa de forma sistémica el TCA dando pautas de control en relación con la conducta alimentaria y motivando para implicarles en el proceso de cambio, evitando sentimientos de culpa. Por tanto, persigue los siguientes objetivos:

1. Abordar y controlar el TCA,
2. Modificar la estructura familiar definiendo las fronteras intergeneracionales
3. Recuperar el potencial evolutivo del sistema familiar para lograr un proceso de separación y de individuación de la paciente.

Hay dos líneas fundamentales en la terapia familiar con una misma idea común, la AN es una disfunción de la familia como el sistema y el trastorno es un elemento estabilizador:

1. Escuela de Filadelfia de Minuchin (1970): sostiene que la familia anoréxica tiene una elevada sobreprotección, rigidez, falta de resolución de conflictos e implicación del paciente en los conflictos conyugales. La intervención va dirigida a enseñar nuevas pautas de relación.
2. Escuela de Milán de Selvini (1974): defiende que la anorexia es una forma de adaptarse a una familia disfuncional, donde hay rigidez, culpa o disfunción conyugal.

Selvini desarrolla seis estadios en el proceso familiar con sintomatología de TCA:

1. Juego de la pareja parental
2. Implicación precoz de la hija en el juego de los padres
3. Sentimiento de abandono por el desplazamiento de la atención de la madre hacia otro miembro de la familia.
4. Desafío a la madre mediante la dieta.
5. Sentimientos de rencor y desprecio hacia su padre.
6. Rol del síntoma. Descubre el poder que le da el síntoma en el juego familiar.

La terapia familiar es un tratamiento largo frente a otras intervenciones.

A pesar de su extensa utilización (Minuchin y cols., 1981; Hoffman, 1981; Collins y cols., 1983; Sargent y cols., 1985; Miller, 1984 por citar algunos) y de las investigaciones realizadas: terapia familiar vs. terapia individual en mujeres jóvenes (Eisler, 1997); terapia familiar vs. psicoeducación familiar grupal donde no hubo diferencias en ambos grupos (Gesist, 2000); terapia familiar conductual vs. terapia individual orientada al ego con una mejoría en IMC y recuperación de la menstruación por parte de la terapia familiar (Robin, 1994), etc., podemos concluir que no existen estudios controlados que demuestren la eficacia de la intervención familiar (Vandereycken, 1991).

5.8 INGRESO HOSPITALARIO Y AMBULATORIO

Dentro de los TCA, los trastornos menos graves han sido tratados desde una terapia ambulatoria, ya sea individual o grupal. Sin embargo, algunos casos presentan una sintomatología más severa que aconseja el ingreso hospitalario. Para la elección del régimen de tratamiento debemos considerar varias condiciones (Faiburn y cols., 1993; 2003):

- Tratamiento ambulatorio: Debe incluir información y ayuda a los padres para colaborar. Suele recomendarse en fases iniciales de la enfermedad, menor sintomatología de los problemas psíquicos y físicos, mayor motivación, soporte familiar y problemas familiares manejables en psicoterapia individual y de grupo.
- Tratamiento en hospitalización: poca motivación, inestabilidad psicológica, trastornos psiquiátricos asociados (depresión severa con riesgo de suicidio), ambiente familiar poco cooperador, pérdidas entre el 25-30% del peso que corresponde según la edad y estatura, mala respuesta a tratamientos ambulatorios anteriores, o pérdidas de peso muy rápidas, complicaciones médicas (edema, trastornos electrolíticos severos, hipoglucemia, etc.), riesgo de abortos en embarazadas, o fracaso de tratamiento ambulatorios anteriores.

5.9 OTROS

5.9.1 Mindfulness

Marek y cols. (2013) investigan el efecto de la meditación durante la exposición a la comida en población clínica y no clínica, basándose en investigaciones en las que se afirma que, en los TCA aparecen estados emocionales negativos (ansiedad) antes de comer.

La base de la aplicación de esta terapia está en considerar que a través de la meditación la persona tiene atención plena al momento que vive, aceptándolo sin juzgar.

La investigación llevada a cabo por Marek y cols., se realiza con dos grupos. En un grupo se aplican técnicas de meditación y en otro grupo distracción, mientras ambos se enfrentan a la tarea de comer. Los resultados indican un mayor aumento del estado emocional negativo después de la intervención de meditación frente al grupo control. El grupo de meditación informó posteriormente a la intervención de hinchazón, dolor abdominal, por lo que podría estar desaconsejada la utilización en TCA. Los investigadores no obstante, recomiendan seguir la línea de investigación y hacer un estudio acerca de la meditación durante la comida e incluir en la meditación las emociones.

5.9.2 Tratamiento por internet

Los avances tecnológicos también han sido ensayados en el mundo de los TCA. El uso de internet proporciona varias ventajas a estos trastornos como puede ser un fácil acceso, económico, favorece el anonimato (un aspecto fundamental si se tiene en cuenta el grado de ocultación de los síntomas) y presenta una gran aceptación entre la población de riesgo a la que se destinan los programas, los adolescentes.

Hay numerosos programas de prevención realizados usando las nuevas tecnologías incluida internet. La mayor parte de los programas son de corte cognitivo conductual e incluyen información, reestructuración cognitiva y modificación de conducta con una

duración aproximadamente de una semana por módulo. La duración total suele variar entre 3 y 6 meses. Además, normalmente hay un contacto semanal con el psicólogo. La mayoría de los estudios se han realizado con población de 18 años o mayor, excepto algunos que van destinados exclusivamente a una adolescencia media (Jones y cols., Warner y cols.).

Los programas de prevención que se han ido desarrollando en este formato empiezan a dar resultados prometedores. Las investigaciones empiezan a manejar resultados, y algunas de ellas muestran una efectividad frente a un grupo control de lista de espera.

Una línea futura estaría en investigar la intervención con internet frente a otras líneas de intervención, incluida la línea farmacéutica (Bulik y cols., 2012).

5.9.3 Manuales de autoayuda con o sin supervisión terapéutica

Son programas que se caracterizan por ser autoaplicados a través de material escrito, estructurados en pocas sesiones (Schmidt y cols, 1993; Cooper y cols., 1994, 1996). Una de las ventajas que tienen es que requieren menos tiempo y recursos que los tratamientos tradicionales. Suelen dirigirse a un trastorno específico o centrarse en algún factor de riesgo. Incluyen registros de autoobservación, técnicas conductuales (control de estímulos, exposición y prevención de respuesta) o cognitivas (reestructuración) que ayudan a modificar los hábitos alimentarios y el manejo de los atracones y vómitos. Un ejemplo de este tipo de intervención es el programa desarrollado por Faiburn (1998) dirigido a superar los atracones de comida desarrollado en 6 etapas:

1. El inicio (motivación y revisión de los objetivos a seguir).
 - a. Autocontrol
 - b. Pesarse semanalmente
2. Comer con regularidad
 - a. Establecer un patrón de alimentación regular
 - b. Abandonar los vómitos y el abuso de laxantes y diuréticos

3. Alternativas a los atracones
 - a. Actividades alternativas sustitutorias
4. Resolución de problemas y revisión
 - a. Practicar la resolución de problemas
 - b. Revisar el progreso que has logrado
5. Dietas y otras formas relacionadas de evitar comidas
 - a. Eliminar las tres formas de hacer dieta
 - b. Superar otras formas de evitar comidas
6. ¿Qué hacer ahora?
 - a. Cómo prevenir las recaídas
 - b. Cómo manejar los problemas

Los resultados en las investigaciones de este tipo de intervención no muestran diferencias significativas entre la autoayuda y el grupo control (lista de espera) en la remisión de atracones (Carter, 2003) o frecuencia de atracones (Mitchel, 2001). Sin embargo, parece que, incluir un componente cognitivo-conductual en las intervenciones logra mejorar alguno de los aspectos que se desean abordar. De este modo, otra intervención realizada con un manual de autoayuda de terapia cognitivo conductual y un manual de autoafirmación sí han sido capaz de disminuir los atracones y purgas con respecto a la lista de espera. Las intervenciones con un contenido cognitivo conductual logran además disminuir el ejercicio excesivo (Carter, 2003).

5.9.4 Programas breves psicoeducativos.

Realizados normalmente en grupos, proporcionan información acerca del problema y cómo superarlo. Un ejemplo de este tipo de intervención sería la versión breve (cinco sesiones) desarrollada para la BN con los siguientes componentes: regulación entre dietas e ingesta compulsiva; regulación del peso normal; necesidad de normalizar la

ingesta; controlar el impulso de la ingesta compulsiva; efectos adversos del vómito autoinducido, laxantes y diuréticos; necesidad de dejar los vómitos y el abuso de laxantes o diuréticos; mitos acerca de la comida y la ingesta; actitudes problemáticas comunes hacia la comida, la ingesta, la apariencia o la figura y peso; presiones sociales ejercidas en las mujeres para estar delgadas; efectos negativos de evaluar la autoestima en términos de aspecto físico y peso.

Dentro de los programas breves, se ha desarrollado una versión abreviada del programa de TCC administrado por no profesionales (Waller y cols., 1996). Se concentra principalmente en mejorar los hábitos alimentarios. No es tan eficaz como la TCC (Faiburn, 1998).

En la valoración de este tipo de programas frente a otras propuestas, destaca la investigación realizada para valorar la eficacia de los programas psicoeducativos frente a la terapia cognitivo-conductual (Olmsted y cols., 1991). Los resultados muestran la misma eficacia en ambas terapias.

El tener como características un formato breve (lo que hace que sea de menor coste) así como la facilidad de acceso a un número amplio de personas al ser realizado en formato grupal, son características que les más hacen atractivos. Queda valorar los efectos a largo plazo, ya que por el momento son inciertos (Faiburn, 1998).

5.10 LIMITACIONES METODOLÓGICAS

A pesar de las numerosas investigaciones realizadas en los TCA, la mayoría ha soportado numerosas limitaciones. Algunas de esas limitaciones tienen su explicación en la gravedad del problema y en las complicaciones físicas asociadas que obligan, en cierto modo, a primar la seguridad de la persona por encima del proceso científico realizado en torno a la investigación.

Una vez dicho esto, a continuación se presentan algunos de los problemas que sufren las investigaciones (Pike, 1988; De la Puente, 1998; Johnson y cols., 1996):

- Hay diversidad de criterios diagnósticos para definir y valorar los TCA que dificulta la valoración de la eficacia del tratamiento.
- La falta de consenso y de estudio en los factores de riesgo entorpece la intervención sistematizada.
- Es un trastorno en el que se dan muchas recaídas. La mayoría de las anoréxicas tienen una trayectoria de diferentes tratamientos, ingresos, etc.
- Hay un porcentaje elevado de fallecimiento (mayor en la AN).
- Número reducido en las muestras estudiadas.
- Ausencia de grupo control no tratados o lista de espera (sobre todo en el grupo de AN) justificada por la gravedad del trastorno y las complicaciones médicas asociadas, por lo que la mayoría de los trabajos dirigidos a evaluar la eficacia de las intervenciones lo constituyen diseños de caso único.
- La mayoría de los trabajos se realizan en contexto hospitalario. Muchos de los estudios, sobre todo en AN, los resultados finales evalúan la ganancia de peso, (Bemis, 1987), dejando de lado el resto de la sintomatología asociada.
- Las muestras son muy heterogéneas, en las que aparece una combinación entre muestras de sujetos que han seguido tratamiento hospitalario y/o ambulatorio.
- Los estudios en población adolescente y masculina son más limitados frente a la abundancia de estudios con población femenina.
- Los TCA tiene fluctuaciones en sintomatología, pasando de la AN a la BN en muchos casos.
- Hay pocos estudios que muestren los resultados de los efectos a corto plazo, siendo más numerosos los de largo plazo. Aparece una gran diversidad en la duración del seguimiento.
- Dentro de los tratamientos hay multiplicidad en las técnicas empleadas que impide averiguar la eficacia real de la intervención.

Un resumen de la eficacia de los distintos tratamientos llevados a cabo en AN y BN se recoge a continuación (ver Tabla 5.2).

Tabla 5.2 Tratamientos de pacientes con TCA (adaptado de Faiburn y Harrison, 2003)

	Anorexia nerviosa		Bulimia nerviosa	
	Evidencia	Efecto (beneficio)	Evidencia	Efecto (beneficio)
Tratamiento farmacológico				
Antidepresivos tratamiento	Modesta	0	Considerable	Alguno
Antidepresivos abandono tratamiento	Modesta	Leve	Modesta	Leve
Antipsicóticos	Modesta	0	Ninguna	No hay estudios
Supresor del apetito	Ninguna	No hay estudios	Modesta	0
Tratamiento psicológico				
Terapia cognitiva analítica	Modesta	Leve	Ninguna	No hay estudios
Terapia cognitivo conductual	Modesta	Leve	Fuerte	Moderado
Exposición y prevención de respuesta	Ninguna	No hay estudios	Moderada	Alguno
Terapia familiar para adolescentes	Moderada	Moderado	Ninguna	No hay estudios
Psicoterapia interpersonal	Ninguna	No hay estudios	Moderada	Alguno
Consejo nutricional	Modesta	0	Modesta	Leve
Psicoterapia psicodinámica	Modesta	Leve	Modesta	Leve
Autoayuda psicoeducativa	Ninguna	No hay estudios	Moderada	Leve
Terapia cognitiva basada en el esquema	Ninguna	No hay estudios	Ninguna	No hay estudios
Enfoque de 12 pasos	Ninguna	No hay estudios	Ninguna	No hay estudios

La aplicación de los tratamientos en la BN es más abundante y obtiene mejores resultados (Faiburn y Harrison, 2003). Teniendo en cuenta las limitaciones que sufren las intervenciones en los TCA, los resultados obtenidos por los diferentes tratamientos concluyen:

1. El tratamiento farmacológico no produce mejorías, ya que no promueve ni ganancia de peso ni modifica el resto de la sintomatología. Puede ser útil en la psicopatología asociada (depresión) (Chinchilla, 1994).

2. El tratamiento con antidepresivos no aumenta la eficacia del TCC, sin embargo puede estar indicado si existen síntomas depresivos importantes o si existe una alta tasa de atracones y conductas purgativas (Johnson y cols., 1996).
3. La TCC, TIP y TC han sido las más efectivas frente al tratamiento farmacológico o psicoterapia no directiva en cuanto a mejora en la sintomatología bulímica o psicopatología asociada (Johnson y cols., 1996).
4. La TIP, la TCC y la TC reducen vómitos y atracones de forma similar, aunque el TCC produce menor recaídas a largo plazo (Faiburn y cols., 1993).
5. La combinación de la TCC y farmacología (antidepresivos), tiene efectos poco beneficiosos sobre la TCC independiente.
6. La TCC es el tratamiento de elección para la BN. Es más eficaz en la disminución de la preocupación acerca del peso y de la dieta, facilita una mejor identificación de las señales de plenitud y saciedad, produce una mayor mejoría en el funcionamiento social del paciente y menor tasa de recaídas (Faiburn y cols., 1993; Cooper y cols., 1995). En esta línea, Saldaña (2001), cita los resultados del predominio de la TCC a través de un meta-análisis realizado en 1999 por Whittal, Agras y Gould sobre 35 estudios controlados (26 con TCC y 9 con tratamiento farmacológico), concluyendo que la TCC es el tratamiento de elección para la BN.
7. La TIP puede obtener efectos similares a la TCC pero lleva más tiempo.
8. Los TC que incluyan elementos de TCC podrían ayudar a algunos de los pacientes.
9. No existen diferencias entre la TCC y la TC en la eficacia al reducir atracones y conductas purgativas.
10. Los resultados de la exposición con prevención de respuesta son contradictorios, y en algunos casos se indica aconseja su aplicación unida a otras técnicas.

En cuanto a los datos de seguimiento, la duración es muy variada. Estos seguimientos además están interferidos por numerosas limitaciones metodológicas (fluctuación de la sintomatología durante los episodios de seguimiento, presencia de psicofarmacología para combatir la sintomatología asociada, diferentes tiempos de

seguimiento, etc.). Dejando a un lado, estas limitaciones, los resultados nos indican un alto índice de abandono durante la intervención (20-51% pacientes hospitalizados y 29-73% en régimen ambulatorio) (Watson y cols., 2013).

El seguimiento realizado en las intervenciones realizadas en bulímicas sugiere que el 16% de los pacientes abandonan el tratamiento, alrededor de un 80-90% de los pacientes que mantienen la mejoría durante un año y un 71% al cabo de dos (Agras, 1993; Faiburn y cols., 1995). Otros autores (Reas y cols., 2000) barajan unas cifras similares: sólo un 50% de las bulímicas se recuperan totalmente, 20% abandonan el tratamiento. En seguimientos a largo plazo (9/10 años) dos tercios de los pacientes estaban recuperados. Más adelante, Waller (2005) recoge cifras de abandono durante la intervención similares a las encontradas anteriormente, alrededor del 25-30%. El seguimiento de un programa intensivo hace que un 60% se recupere, 29% mejora, 10% empeora y el 1% fallece (APA, 2014).

En cuanto al seguimiento de las anoréxicas, los resultados indican que un 50% anoréxicas recaen durante el primer año de su alta hospitalaria (Hsu, 1990). En un seguimiento de diez años, un 23,7% se recuperaron totalmente, un 64 % desarrollaron sintomatología bulímica en algún momento y un 6% fallecieron (Eckert y cols., 1995). Datos más recientes hablan de 44% de las pacientes con AN que se recupera, el 28% mejora, el 23% se cronifica y el 5% fallece. (Aguinaga y cols., 2000). Estas cifras son muy similares a las recogidas por otros estudios posteriores, donde se registran cifras de menos de la mitad de mejoría, 33% de mejora, 20% se cronifica y 5% fallece (Steinhausen, 2009).

Sería interesante averiguar la diferencia entre los sujetos que abandonan o recaen y aquellos que completan el tratamiento y establecer variables predictoras de recaída. El único dato que se tiene por el momento, es que aquellos sujetos que pasan por una intervención cognitivo conductual sufren menos recaídas, algo que también necesita de mayor estudio.

CAPÍTULO 6

EDUCACIÓN Y PREVENCIÓN EN EL AULA

“Me gusta que se equivoquen.

En esto radica la superioridad del hombre sobre los demás organismos.

Así llega uno a la verdad. Yo soy un hombre, y lo soy precisamente porque me equivoco.

Nadie llega a una verdad sin haberse equivocado catorce veces, o ciento catorce,

y esto es, acaso, un honor para el género humano

(Crimen y castigo, Dostoievski)

La magnitud de la investigación y publicaciones de dichos trastornos ha sido dilatado, a pesar de no alcanzar un nivel óptimo de conocimiento sobre ellos (Saldaña, 2001). Desafortunadamente, los programas de prevención para los adolescentes tempranos han demostrado efectos muy limitados, no llegando a reducir los factores de riesgo de forma significativa, reduciendo el efecto sólo de un factor de riesgo o logrando cambios en la aplicación del programa que luego no se mantienen durante el seguimiento (Rohde y cols., 2015).

Estos esfuerzos dedicados a la investigación se han visto repartidos de forma desigual para los distintos trastornos. La AN y BN han sido uno de los trastornos más beneficiados en la investigación dentro del campo de los TCA al contrario que los trastornos por atracón (TA) y los trastornos alimentarios no especificados (TCANE) que han sido, de algún modo, los más olvidados. Los resultados de estas investigaciones también han sido muy dispares, ya que a pesar de que la AN ha sido ampliamente estudiada, requiere una mayor clarificación.

A lo largo del trabajo de investigación se ha observado que los TCA son de etiopatogenia compleja: en ellos se entrelazan aspectos médicos, psicopatológicos y relacionales que requieren tratamientos multidisciplinarios. La experiencia señala que, al igual que en otras patologías, en el caso de los TCA, además de tratamientos efectivos que tengan en cuenta este carácter multifactorial, es conveniente tomar medidas de prevención que puedan reducir la incidencia o mejorar el pronóstico (Fairburn, 1995).

A raíz de este creciente interés por los TCA, han empezado a proliferar numerosos programas de prevención en un intento de evitar el inicio del trastorno, al mismo tiempo que se han fomentado comportamientos que mejoren la salud y eviten actitudes de riesgo (Huon y cols., 1998; Fernández Aranda, Turón Gil, 1999, Stice y cols., 2004). Sin embargo, este interés no siempre ha ido acompañado de una intervención acertada, y la aplicación de los programas de prevención ha sido en numerosas ocasiones cuestionada. Como normal general, los programas han efectuado cambios en el conocimiento de los TCA pero no en el comportamiento (Austin, 2000).

Uno de los requisitos primordiales en el desarrollo de los programas de prevención de los TCA es no hacer daño. Este ha sido un objetivo durante el estudio de las intervenciones realizadas. En ocasiones los resultados han mostrado intervenciones contraproducentes, que han obtenido como consecuencia el aumento del riesgo en la población a la que se ha dirigido, fomentando de este modo el inicio de dietas. Como resultado de estas prácticas, la intervención ha sido más perjudicial que beneficiosa (Carter y cols., 1998; *artículo Primary prevention of eating disorders: Might it do more harm than good?*).

Otro ejemplo de la preocupación por desarrollar una prevención que no tenga efectos perjudiciales lo podemos observar en el artículo *School-based interventions to prevent eating problems: First do no harm* (O'Dea, 2000). O'Dea discute cómo, a pesar de que los programas de prevención aplicados en el ámbito escolar han sido sugeridos como una posible vía para reducir la prevalencia de estos problemas en niños y adolescentes, este acercamiento también ha sido en algún caso ineficaz e incluso potencialmente peligroso. Centra la discusión en cómo evitar efectos no deseables e intencionales tales como la promoción de métodos peligrosos de control del peso y la normalización de los trastornos de la conducta alimentaria.

Esto son algunos de los ejemplos en los que se demuestra que este incremento en la investigación y publicaciones no siempre llevan a un éxito en los programas de prevención desarrollados. Hasta el momento no existen programas de prevención primaria efectivos para los TCA (e incluso en ocasiones se cuestionan su eficacia), si bien poco a poco se va avanzando y aumentando el conocimiento, lo que anima a seguir investigando hasta llegar a desarrollar un programa realmente eficaz.

6.1 ACTUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN EL ÁMBITO ESCOLAR

Las estrategias de prevención deben incidir en todos y en cada uno de los factores que condicionan la aparición y el mantenimiento de la enfermedad, y sobre todo, en aquellos que son comunes a gran parte de la población afectada (Fernández Aranda, Turón Gil, 1999; Holden y Maureen, 1999).

Para llevar a cabo estas estrategias, debemos considerar la actuación de los programas preventivos. Así éstos se pueden dividir en tres niveles, en función del nivel de intervención que deseamos llevar a cabo:

1. *Prevención primaria.* Incide en aquellos aspectos que facilitan el desarrollo del TCA. Se trataría de evitar que la enfermedad llegue a producirse, de forma que se fomentan comportamientos que mejoran la salud y eviten actitudes de riesgo (Huon y cols, 1998; Fernández Aranda.F, Turón Gil.V, 1999). Actualmente se las denomina *estrategias universales*, ya que los esfuerzos de prevención van dirigidos a la población total (Holden y cols, 1999; Villena y cols., 1999). Si bien es limitado el conocimiento de los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de los TCA, sabemos que algunos de ellos han sido comunes a la mayoría de los pacientes: sumisión a los estereotipos culturales, reducción de dieta, el deseo de adelgazar, falta de

información sobre las dietas, rebajar la presión cultural hacia la delgadez, medidas dirigidas a regular las actividades de moda o publicidad, etc. Un programa de intervención primaria abordaría cada uno de éstos aspectos para evitar el desarrollo de la enfermedad.

2. *Prevención secundaria.* El objetivo en este caso es una detección e intervención temprana para prevenir la cronificación del problema. Mediante este tipo de prevención se facilitan las intervenciones encaminadas a reducir el tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y el inicio de un tratamiento eficaz (Huon y cols, 1998; Fernández Aranda, Turón Gil, 1999; Holden y cols., 1999; Villena y cols., 1999). En la actualidad son las denominadas *estrategias de intervención seleccionadas*.
3. *Prevención terciaria* pretende eliminar y reducir algunos de los síntomas o complicaciones más graves de ese trastorno (Fernández Aranda, Turón Gil, 1999; Villena y cols., 1999). Reducir el deterioro producido una vez que el TCA se ha cronificado. Denominada en la actualidad como *estrategias significativas*, son implementadas para grupos específicos tras haber desarrollado un trastorno. Muchos de los casos se han cronificado y los tratamientos no han sido satisfactorios. Por tanto se trataría de ofrecer programas de prevención terciarias, es decir, cuidados mínimos pero suficientes para evitar las complicaciones más graves.

Un sistema de clasificación más reciente ordena los programas en función del tipo de intervención que se realiza, la población a la que se dirige y los objetivos que se plantean. Clasifican los programas de prevención de los TCA en primera, segunda o tercera generación (Heather Shaw y Eric Stice, 2004):

1. Primera generación: formato didácticos psicoeducativos sobre los TCA en intervenciones universales. Se encargan de facilitar información sobre los efectos adversos de aquellas conductas que se quieren eliminar.
2. Segunda generación: formato didáctico y universal. Añaden elementos de resistencia a la presión socio-cultural a favor de la delgadez y las conductas saludables de control de peso.
3. Tercera generación: programas selectivos orientados a individuos de alto riesgo con ejercicios interactivos centrados en los factores de riesgo que pueden estar presentes en el desarrollo de un TCA.

Una vez decidido el objetivo que se pretende a la hora de realizar el programa de prevención, es importante ajustar los componentes a la población a la que se dirige. Algunos autores hacen hincapié en adecuar las estrategias considerando tanto el tipo de prevención que se realiza como los factores de riesgo que intervienen (edad, sexo, presión social, etc.) (Sepúlveda y Tolosa ,2000). En esta línea, se insinúan algunas de las estrategias en la aplicación de un programa preventivo de los TCA (en el ámbito primario o secundario) para mejorar la intervención ajustado a la edad (Shisslak, Crago, Estes y Gray, 1996):

1. Prepúberes: estrategias dirigidas a los problemas tempranos con la comida, disfunciones familiares, perfeccionismo, baja autoestima o ser objeto de burlas por estar gordo.
2. Adolescencia temprana, (11-13 años): estrategias encaminadas a dar información de los cambios que ocurren en la pubertad (como es el incremento de la grasa corporal, el aumento de la excitación sexual), relaciones con los chicos, problemas con los padres, burlas de los compañeros/as o técnicas de resolución académica y de distribución de tiempo para enfrentarse a presiones académicas.

3. Adolescencia media (14-16 años): estrategias dirigidas a trabajar las emociones o su relación con la comida, plantear valores personales, trabajar las burlas de los compañeros/as, autoestima, metas, dar información sobre la nutrición y el peso, cómo se relacionan con su salud o la imagen corporal.
4. Adolescencia tardía (17-20 años), las estrategias encaminadas a la preparación de otras transiciones como es la relación de pareja, universidad, trabajo y separación de la familia, reconocer los valores y expectativas sociales.

Dentro de los formatos elegidos para llevar a cabo los programas de prevención, los más elegidos hasta ahora han sido los de formato psicoeducacional, evaluación crítica hacia los medios de comunicación, técnicas de disonancia o intervenciones focalizadas en eliminar los factores de riesgo y en fortalecer a la persona.

La eficacia, en relación a los distintos formatos de intervención, ha sido muy estudiada. Los datos más recientes muestran que la intervención psicoeducacional, a pesar de haber sido la más utilizada, es la más ineficaz, al contrario que la intervención en disonancia cuyos efectos prometedores alientan a seguir trabajando en esta línea. En un estudio del efecto de la intervención en disonancia (Stice y cols., 2004) aplicado a un grupo de chicas con un ideal de delgadez elevado durante 3 horas, los efectos de la intervención produjeron mejoras en la insatisfacción corporal y afectividad negativa. En el estudio las chicas debían criticar voluntariamente la delgadez a través de ejercicios orales, escritos y de conducta.

Una vez obtenida toda esta información, antes de tomar la decisión de implementar un programa de prevención de los TCA, se deben concretar varias cuestiones como el nivel de intervención (primaria, secundaria o terciaria), la población a la que se dirige (toda la población o de alto riesgo), el momento en el que se quiere intervenir (antes de que la enfermedad se haya desarrollado o una vez que ya está presente) o la elección del formato (psicoeducativo, didáctico o interactivo) que se desea implementar. Todas estas elecciones son de gran ayuda a la hora de ajustar el programa al objetivo deseado.

6.2 COMPONENTES UTILIZADOS EN EL MARCO EDUCATIVO

La elección de los componentes dentro de un programa de prevención depende en gran medida, de la incorporación de los factores de riesgo que se consideran más potentes a la hora de predecir la sintomatología característica de los TCA. Esta no es una labor fácil, debido al panorama incierto que presentan en la actualidad dichos factores de riesgo. No obstante, esta limitación no evita que algunos de esos factores se encuentren más presentes en los TCA y por tanto, se incorporen en mayor o menor medida en los programas.

Los componentes hasta ahora más frecuentemente incorporados en los distintos programas de prevención primaria serían algunos de los siguientes:

1. *Información* acerca de los cambios que ocurren en la pubertad (Attie y Brooks-Gunn, 1989,1992; Killen y cols., 1992; Killen y cols., 1994; Striegel-Moore, 1993), en la maduración precoz (Striegel-Moore, 1993) o en la información acerca del cuerpo (Eisele, Hertgaard y Light, 1986; Story y col., 1991).
2. *Modificación de conductas precursoras de la enfermedad*: Se trabaja con las dietas para modificarlas en población vulnerable (adolescentes) por medio de programas educativos y de información, con el culto a la delgadez, autoestima, etc (Killen y cols., 1986; Story y cols., 1991; Stice y cosl., 2007).
3. *Identificación de factores de riesgo*. Desgraciadamente, como se ha visto anteriormente, el conocimiento de los factores de riesgo es en parte limitado y el de los factores protectores prácticamente inexistente. Dentro del factor de riesgo edad, la franja seleccionada en la presente investigación ha sido considerada a partir de las teorías de algunos autores (Toro y Lázaro, 1999) que defienden que en la edad escolar un 18% de las chicas de 9 años, un 20% de las de 12 y un 25% de las de 15 años se someten a dietas y, tanto en la pubertad como en la

adolescencia, entre un 30-40% dice tener problemas con su peso. Otros autores defienden la edad de intervención como máx. a los doce años (Berger y cols., 2011).

4. *Acción sobre los estereotipos culturales*: encaminadas a sensibilizar a la población del riesgo que conlleva la presión cultural: potenciación de aspectos estéticos, promoción de una figura inalcanzable para muchas adolescentes, presión por la delgadez y vinculación de belleza física con éxito (Levine y Hill, 1991; Piran, Bear y Jasper, 1993, en Vandereycken, 1998). Las modificaciones de peso y figura pueden poner en peligro la salud, o el ejercicio no controlado, dietas peculiares, etc., llevando en ocasiones a desarrollar un TCA. (Villena, 1999; Fernández Aranda, Turón Gil, 1999; Smolak y Levine, 1998).
5. *Educación escolar* es importante una educación temprana de los aspectos positivos (alimentos, ejercicio y dietas) y negativos (anorexia, bulimia y obesidad) que pueden contribuir a reducir la futura aparición de patologías. Los datos más recientes avalan transmitir la información desde una línea más positiva (Rohering y cols., 2006).

Hasta ahora, los programas de prevención se basaban prácticamente en una mera administración de información en cada uno de estos componentes, acabando en un fenómeno de *contraprevención* de forma que conseguía el efecto opuesto y cuyo final era un incremento de los síntomas del trastorno. Con el avance en las investigaciones el efecto negativo en las intervenciones empieza a desaparecer para dar lugar a programas que, o bien no ejercen ningún cambio, o lo hacen en la dirección deseada en alguno de sus componentes.

6.3 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LOS EFECTOS DE INTERVENCIÓN DE UN PROGRAMA PREVENTIVO ESCOLAR

En revisiones acerca de los programas de prevención (Becoña. E., 1990), se ha podido comprobar que es importante en el logro del éxito, incluir componentes de influencias sociales. Para Becoña habría que introducir en un programa de prevención de los TCA componentes como una mejor información, cambiar actitudes y dotarles de recursos y habilidades conductuales que les permita resolver situaciones conflictivas.

Algunos autores (Stice y Shaw, 2004, 2007): han evaluado algunos de los contenidos de los programas de prevención (autoestima, habilidades para gestionar el estrés, aceptación corporal, conductas saludables de control de peso, análisis crítico del ideal de delgadez). Los resultados fueron que el 51% reduce la patología alimentaria actual o futura. Además por otro lado, han identificado una serie de variables que pueden determinar mayor o menor éxito en las intervenciones:

1. Nivel de riesgo. Los programas selectivos (dirigidos a sujetos con un elevado riesgo a desarrollar el TCA) mejoran frente a programas universales (dirigidos al resto de la población). Una explicación de este efecto podría deberse a la motivación para involucrarse de forma más eficaz en los programas. Esta afirmación podría ser acertada, sin embargo, algunos autores defienden que los programas necesitan detectar fácilmente e identificar las personas en riesgo y ofrecer una intervención sin estigmatizar, es decir, realizar un programa universal pero que recoja diferentes niveles de riesgo y motivación.(Abascal y cols., 2003; Becker y cols., 2008).
2. Diseño del programa. Los programas interactivos mejoran frente a los didácticos. Involucrar activamente a los participantes y enseñarles nuevas habilidades producen más mejoras. Facilita la adquisición de conceptos y mejora en comportamientos y actitud.

3. Edad. Las intervenciones pueden ser más efectivas en adolescentes de más edad. Esto puede ser debido a dos factores: es el período de mayor riesgo para desarrollar un TCA y su razonamiento abstracto está más desarrollado y les ayuda a beneficiarse de las intervenciones. Estos autores observan efectos más débiles en los programas de prevención desarrollados en adolescentes menores de 15 años frente a las intervenciones en adolescentes de 15 años o mayores (Stice y cols., 2007). Muy al contrario, otros investigadores opinan que los programas de prevención deberían aplicarse como máximo a los 12 años, ya que es más fácil que a esa edad todavía no hayan desarrollado la enfermedad (Berger y cols., 2011; Slane y cols., 2014; Rohde 2015).
4. Sexo. Es más efectivo en chicas. Su nivel de alteración de imagen corporal y de alteraciones de conducta alimentaria es mayor. A pesar de posiblemente ser más eficaz en chicas, se valora desarrollar programas que lleguen a la población adolescente en general por su mayor facilidad de aplicación entre otras razones.
5. Número de sesiones. Sesiones múltiples más eficaces que sólo una sesión. Facilitan la interiorización del programa y la práctica de lo desarrollado. Al ser aplicado en ámbito escolar lo ideal son 3 o 4 sesiones (menos costosos, más atractivos para los adolescentes y más fáciles de incorporar al centro).
6. Contenido del programa. Estableciendo un orden de eficacia, las intervenciones cognitivas (insatisfacción corporal, ideal de delgadez...) y conductuales (dietas, ayunos, sobrealimentarse...) son las más eficaces, las intervenciones psicoeducativas son menos eficaces y por último, las intervenciones centradas en factores socioculturales, en estrés y afrontamiento son las que producen menores efectos.

Tabla 6.1 Contenidos adecuados de los programas de prevención primaria de los TCA (Villena, J. y cols., 1999)

<ul style="list-style-type: none">• Las influencias socioculturales<ul style="list-style-type: none">– Presión de la publicidad. Manipulación del cuerpo.– Influencia de la moda y las modelos.– Ideas culturales sobre la belleza.
<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de la autoestima.
<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de la asertividad y habilidades sociales para resistir las presiones de los iguales.
<ul style="list-style-type: none">• Entrenamiento en toma de decisiones.
<ul style="list-style-type: none">• Control de pensamientos negativos.
<ul style="list-style-type: none">• Manejo del estrés.
<ul style="list-style-type: none">• Aceptación de la propia imagen corporal.
<ul style="list-style-type: none">• Información sobre el desarrollo físico en la adolescencia y la regulación fisiológica del peso.
<ul style="list-style-type: none">• Hábitos de ejercicio saludables.
<ul style="list-style-type: none">• Conductas saludables de alimentación. Alimentación equilibrada.

Villena, J. y cols, (1999) hacen una propuesta de los contenidos genéricos que deberían incluir los programas de prevención primaria de los TCA (ver Tabla 6.1) y de aquellos contenidos que deberían evitarse (ver Tabla 6.2.) relacionados con la información de los TCA (que da un carácter de normalidad), o en la insistencia de las consecuencias negativas de la enfermedad.

Tabla 6.2 Contenidos inadecuados de los programas de prevención primaria de los TCA

<ul style="list-style-type: none">• Aspectos relacionados con la enfermedad:<ul style="list-style-type: none">– Concepto de TA, factores de influencia familiar e incidencia.– Maniobras inadecuadas para el control del peso.– Consecuencias físicas, psíquicas, académicas, familiares.
<ul style="list-style-type: none">• Tipos de dietas y contenidos energéticos de los grupos alimentarios.
<ul style="list-style-type: none">• Conceptos de belleza y triunfo propuestos por la cultura posmoderna<ul style="list-style-type: none">– Belleza, estética o delgadez como valores primordiales.– Felicidad vinculada al tener y no al ser.– Personajes conocidos que le han padecido.

En revisiones relacionadas con los contenidos de los programas de prevención (Pratt BM y cols., 2002) destacan cuatro tipos de intervención basadas en:

- conocimiento sobre los TCA,
- actitudes y conductas alimentarias.
- criticismo hacia los medios y movilización y activismo social y política (que reduce la aceptación de los ideales sociales)
- intervenciones relacionadas con la autoestima.

No hay evidencia sobre el resto de las intervenciones

7. Uso de medidas válidas. Es importante incorporar instrumentos de medidas que posean una validez y fiabilidad establecida frente a escalas creadas por los investigadores sin análisis psicométricos.

Como conclusión (Stice y cols., 2004), defienden que el efecto es mayor si las estrategias selectivas se dirigen a población de alto riesgo (mejor que universal), a mujeres (frente a grupos mixtos), en formato interactivo (mejor que didáctico),

impartido por profesionales entrenados, con múltiples sesiones (mejor que sesión única), con contenidos de aceptación corporal o uso de técnicas de inducción y disonancia (mejor que psicoeducativas o socioculturales), evaluadas con medidas validadas y con períodos de seguimiento más cortos.

Otros autores (Roehrig y cols., 2006) tratan de incorporar las siguientes variables en un programa de prevención:

1. Un formato interactivo.
2. Uso de constructivismo.
3. Un marco de psicología positiva.
4. Contenido en disonancia.
5. Desarrollado por expertos.
6. Intervención múltiple.
7. Aplicado sólo en mujeres.

6.4 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR EN EL ÁMBITO DE LOS TCA

En las últimas décadas, se ha observado un avance considerable en el desarrollo de programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y en la evaluación eficaz y efectiva de los mismos. Este avance también se ha visto consolidado en el ámbito escolar.

El objetivo de la prevención primaria ha de ser, como se ha enunciado anteriormente, la reducción de la incidencia de la enfermedad, a pesar de que, hasta el momento, todavía no existe ningún grupo de investigación que haya conseguido demostrar este objetivo a través de sus intervenciones. Un dato a tener en cuenta es que no cualquier tipo de intervención preventiva es válido. De hecho, hay estudios en los que se ha comprobado que determinados programas obtienen el efecto contrario al deseado (i.e. incremento de los síntomas asociados a los trastornos de la conducta

alimentaria). En general, estos programas se caracterizan por su insistencia en los efectos adversos o negativos derivados del padecimiento de un trastorno de la conducta alimentaria, intentando generar emociones negativas y miedo hacia esos trastornos. Un halo de optimismo aparece al verificar que, en los últimos programas preventivos desarrollados, algunos de los componentes son eficaces en iniciar un cambio en la línea deseada, al modificar alguno de los factores de riesgo implicados.

Si se echa la vista atrás en las intervenciones, se puede constatar que las intervenciones han pasado por tres momentos decisivos:

- (1) las primeras intervenciones han sido fundamentalmente de carácter psicoeducativo. Se han encargado principalmente de mostrar información didáctica acerca de los factores de riesgo y los TCA. Más adelante, siguiendo este formato, se añadió algún contenido educativo relacionado con la salud, comida sana, ejercicio, etc. A pesar de las modificaciones realizadas para enriquecer los programas y mejorar su eficacia, los resultados no fueron eficientes en general al no lograr reducir factores de riesgo, síntomas de los TCA o futuros inicios de TCA.
- (2) En un segundo momento, los programas siguieron este formato didáctico, pero más centrados en aquellos factores de riesgo que habían demostrado su valor predictivo en el inicio de los TCA, como es el caso de la insatisfacción corporal. Estos programas sí redujeron de forma significativa algunos de los factores de riesgo seleccionados, no obstante, raramente modificaban síntomas de los TCA o el inicio de los mismos.
- (3) Los últimos estudios desarrollados se centran en estabilizar los factores de riesgo pero con una intervención más activa y a menudo, con incorporaciones de la psicología social. Los resultados de esta nueva línea de acción sí han conseguido una reducción en los efectos de los factores de riesgo y síntomas de inicio de los TCA (tanto en actitudes como en comportamiento). Dentro de estos avances, hay autores defienden incorporar diferentes líneas de actuación: utilizar una psicología más positiva en lugar de estar tan centrada en los factores de riesgo, añadir técnicas de disonancia o bien valorar cambios en el entorno social (Piran, 2001).

De todas las intervenciones realizadas hasta el momento, para algunos autores, sólo dos programas de prevención han reducido de forma significativa el futuro inicio de los TCA (Stice y cols., 2008,2012):

- “*The Body Project*” (BP) programa basado en la disonancia. Las adolescentes critican el ideal de delgadez en una serie de ejercicios verbales, escritos y de conducta, lo que causa disonancia y como consecuencia reduce la tendencia a lograr el ideal de delgadez. El programa incluye además una valoración a través del escáner en el que se observan las alteraciones neuronales producidas por la intervención, en respuesta a las imágenes o declaraciones relacionadas con el ideal de delgadez. Becker y cols. (2008) replicaron el programa en formato universal y en un contexto de iguales, logrando reducciones en el ideal de delgadez, insatisfacción corporal y dieta en relación con el grupo control. Ambos programas han mostrado reducciones en los síntomas de los TCA, por tanto la aplicación es válida tanto en formato universal como específico.
- “*Healthy Weight*” (HW). Intervención que promueve mejoras duraderas a través del control de la dieta e incorporación de actividad física con el objetivo de equilibrar el balance energético. Beckers y cols. (2010) valoraron la eficacia de ambos programas aplicados en contexto universal de iguales, encontraron que en un primer momento el BP disminuía de forma significativa el ideal de delgadez, el afecto negativo y los síntomas de TCA en relación al programa HW, pero a las 14 meses ambos mostraban reducción en el ideal de delgadez, insatisfacción corporal, afecto negativo, dieta restrictiva o síntomas de los TCA.

Ambos programas redujeron en un 60% los TCA siguiendo criterios DSM-IV (el primero durante 3 años de seguimiento frente a un grupo control, y el segundo durante 2 años de seguimiento frente a un control educativo a través de un folleto).

A pesar de las conclusiones recientes de estos autores, merece la pena hacer un recorrido por los esfuerzos realizados durante estos años de muchos otros investigadores que, gracias a su trabajo, han colaborado en clarificar la línea de exploración y así llegar al punto de investigación en el que nos encontramos. A continuación se expone una revisión de algunos de los programas preventivos de los TCA desarrollados a lo largo del tiempo y los resultados obtenidos.

Como se ha enunciado al principio, las primeras intervenciones fueron desarrolladas de forma psicoeducativa con un formato meramente informativo con apenas logros en sus intentos por modificar alguno de los factores de riesgo o en reducir la sintomatología característica de estos trastornos.

Los primeros programas de prevención primaria desarrollados tenían como objetivos fundamentales, incrementar el conocimiento sobre los trastornos alimentarios y sobre los efectos adversos de la dieta y de otras conductas de regulación del peso (Moreno y Thelen, 1993; Moriarty, Shore y Maxim, 1990; Shisslak, Crago y Neal, 1990; Killen y col.,1993; Rosen, 1989 y Patxon, 1993), o bien facilitar la discusión sobre la presión social que se ejerce hacia el inicio de las dietas o consecución de un cuerpo ideal (Huon,1994; Moreno y Thelen, 1993; Moriarty, Shore y Maxim, 1990; Porter y col., 1986 Killen y col.,1993; Rosen, 1989 y Patxon). Los únicos cambios percibidos se concentraban principalmente en el aumento de la información.

La información administrada era muy variada en cuanto al contenido. Algunas investigaciones (Rosen ,1989) incluían información sobre los trastornos de la alimentación, dieta o procedimientos para contrarrestar la imagen corporal negativa. El programa realizado por Rosen se llevó a cabo en una intervención de 8 sesiones (100 chicos y chicas asignados de forma aleatoria) frente a la no intervención. Los resultados indicaron un aumento en el conocimiento, pero no una disminución en la incidencia de comportamientos de reducción de peso. No utilizó técnicas para modificar comportamientos. Otras investigaciones, en cambio, transmitieron información sobre los TCA en general (Shisslak y cols., 1990) durante 8 sesiones (N=50) sin realizar evaluación acerca del cambio en actitudes o comportamientos ante la alimentación. Una vez más el cambio percibido estaba en el aumento de la información.

En otros casos se intentó modificar las actitudes ante las presiones culturales (Moriarty y cols., 1990), con algún efecto a corto plazo, pero en definitiva sin ningún cambio en actitudes hacia la comida o en comportamientos. Una limitación de esta intervención es la ausencia del empleo de técnicas que modificaran cambios de comportamiento.

Después de numerosos programas en los que administrar información no surtía efectos, algunos autores decidieron realizar ensayos modificando el tiempo de intervención. Estas variaciones incluían un rango amplio de duración donde se podían observar desde intervenciones muy breves de una sola sesión (Villena y Castillo, 1999) hasta intervenciones muy prolongadas. (Killen y cols, 1993) de 18 sesiones.

Por citar un ejemplo de intervención breve, el programa desarrollado por Paxton (Paxton, 1993) se realizó en 5 sesiones informativas acerca de los factores biológicos, de regulación del peso, culturales y emocionales, dirigida a chicas (125) de 14-15 años (N=107), y un seguimiento de 12 meses. No logró ningún cambio en el control de peso, insatisfacción corporal o interés por adelgazar (Paxton, 1993).

Un ejemplo de intervención larga se puede encontrar en Killen y cols. (Killen y cols, 1993). Estos autores desarrollaron un programa de 18 sesiones (993 chicas) que proporcionaba información acerca de los efectos perjudiciales del control del peso, comportamientos saludables de alimentación y entrenamiento en habilidades para resistir la presión cultural hacia la dieta. En este caso, de nuevo se incrementaba la información en el conocimiento sin que surgieran cambios en las actitudes o conductas asociadas a los trastornos de la alimentación.

En vista de los resultados obtenidos hasta el momento, algunos autores empezaron a incorporar algún componente más interactivo en la transmisión de la información. Empezó así la evaluación de los efectos de la discusión de grupos en esta transmisión de información (Huon, 1994) involucrando a 24 colegios femeninos. Los grupos discutían efectos de la dieta y el desarrollo de una imagen corporal más positiva. El 42% informaba de menor probabilidad de hacer dieta durante los 12 meses siguientes y el 7% informaba de menor preocupación con el peso tras su participación en el grupo.

En todo este “ensayo y error” de los programas de prevención empezó a surgir una preocupación al contemplar que las intervenciones no siempre eran neutras o con

mínimos efectos, sino que podían ser perjudiciales. Carter y cols. (1997) evaluaron un programa de prevención dirigido a reducir el inicio de dietas. La intervención consistió en 8 sesiones semanales de 45-min. de duración, aplicado a 46 estudiantes de 13-14 años. Se realizó una evaluación pre y postratamiento, y hubo un período de seguimiento a los 6 meses. Los resultados mostraron un aumento en los conocimientos, así como una disminución en el inicio de dietas y actitud ante la comida. Sin embargo, estos efectos fueron efímeros, ya que desaparecieron a los 6 meses de seguimiento. Es más, en este período se dio un aumento en el inicio de dietas frente a la línea base, lo que sugirió que la intervención fue contraproducente al aumentar las conductas restrictivas. Los autores concluyeron que los programas de la prevención aplicados en la escuela podrían ser más perjudiciales que beneficiosos.

En la misma línea, Mann y cols (1997) comentaron los resultados negativos de su programa con chicas de 14-15 años (las estudiantes que asistieron al programa informaban de más síntomas de trastornos de la alimentación que las estudiantes que no participaron en el programa de prevención), y llegaron a la conclusión de que la ineffectividad de su programa podría deberse a que, proporcionar información sobre los trastornos de la conducta alimentaria, contribuye a darles un carácter de normalidad. El conocimiento no conduce necesariamente a un cambio de actitud, y el cambio de actitud no conduce necesariamente a un cambio de comportamiento. A raíz de los resultados, sacaron las siguientes conclusiones: (1) la publicidad de los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria no es deseable para prevenir dichos trastornos; (2) la no-intervención no es necesariamente menos dañina; (3) se pueden promover comportamientos anómalos más que prevenirlos; y (4) los programas de prevención efectivos para los trastornos de la alimentación no existen todavía.

Estos mismos autores, un año más tarde (Mann y cols., 1998) evaluaron un programa de prevención aplicado a universitarios. En este estudio se dio información acerca de los trastornos de la alimentación. Los participantes de la intervención tenían ligeramente más sintomatología asociada a los trastornos de la conducta alimentaria que el grupo control. El programa pudo ser ineficaz al haber contribuido a la normalización de los trastornos de la conducta alimentaria.

Stewart y Carter (1998) desarrollaron un estudio (ocho sesiones), basado en un estudio piloto llevado a cabo por Carter (Carter, 1997) para prevenir los TCA a través de la reducción de la prevalencia de la dieta restrictiva y el nivel de preocupación acerca del peso y figura. Se logró una mejora en cambio de actitudes y comportamiento inmediatamente después del programa. Sin embargo, en el seguimiento de los seis meses, los cambios habían vuelto a la línea base, e incluso, el nivel de dieta restrictiva era mayor que en la línea base. No hubo grupo control, por lo que no se sabe si el incremento fue debido a los efectos del programa, a factores de desarrollo o socioculturales. Más adelante desarrollaron un programa similar en ámbito escolar con algunas modificaciones (p.ej., mayor cantidad de técnicas cognitivo-conductuales). Fue aplicado por cuatro mujeres diferentes a una muestra de mujeres (n=459), de edad comprendida entre 13 y 14 años. El programa fue desarrollado en seis clases (tres de intervención y tres clases similares como grupo control), con una valoración de las actitudes y comportamiento antes, después y seis meses de seguimiento. La duración del programa se redujo a seis sesiones de 45 minutos (aunque los autores comentan que podían haber aumentado este tiempo para favorecer la discusión). Como conclusión, los autores defienden que sería bueno disminuir la edad de aplicación del programa, debido a que había chicas que ya habían desarrollado conductas poco saludables relacionadas con la alimentación, así como introducir chicos en la muestra.

Irving, DuPen y Berel, Susan (1998) desarrollaron un programa de análisis de los medios de comunicación aplicado a 24 mujeres estudiantes de la escuela secundaria. En este estudio se aplicó un pretest y posttest con el fin de evaluar el pensamiento crítico sobre los medios de comunicación y satisfacción del cuerpo. Los participantes miraron y discutieron una película relacionada con la temática de la obsesión por la delgadez. Cuestionaron los pensamientos y les dotaron de habilidades para desarrollar una visión crítica. La intervención se comparó con un grupo control de 17 mujeres estudiantes de la escuela secundaria. Las estudiantes que participaron en el programa informaron de una visión más crítica acerca de los criterios de belleza, sin embargo ambos grupos no difirieron en las medidas de satisfacción del cuerpo.

Estos resultados poco beneficiosos, e incluso en contra del objetivo a alcanzar no siempre estuvieron presentes en las investigaciones.

Franko y Debra (1998) desarrollaron un programa preventivo (8 semanas) con universitarias (10 mujeres) frente a un grupo control al que no se le aplicaba ningún tratamiento. El estudio se centró principalmente en la exploración de ideales culturales de delgadez, la educación sobre la nutrición y el desarrollo de conductas alimentarias saludables, y la identificación de creencias irracionales y actitudes sobre la forma y peso. Los datos obtenidos antes y después del programa de prevención revelaron que los participantes hicieron los cambios positivos con respecto a la imagen. No se observó ningún cambio en el grupo control.

A la luz de estos resultados, la conclusión de que la mera transmisión de información sobre alimentación, nutrición, dietas, etc., no es suficiente para producir cambios significativos ni en las actitudes, ni en las conductas asociadas a los trastornos de la conducta alimentaria es más que una evidencia. Es más, se añade la duda acerca de si puede hacer más daño que bien (Fairburn, 1997).

Las investigaciones en este momento toman un nuevo rumbo, en el que incorporar componentes que produzcan cambios en actitudes y comportamientos, y que se mantengan a lo largo del tiempo. Se plantea pues, la necesidad de incluir como objetivo de los programas otros componentes como el desarrollo de habilidades para resistir a las presiones sociales hacia la dieta y la figura. Esta nueva perspectiva se hace patente, por ejemplo, en el programa "Eating Smart, Eating for Me" realizado por Smolak, Levine y Shermer (1998) impartido por profesores (10 lecciones). Utilizaron una muestra de 222 chicos y chicas de la escuela pública que participaron en el pre y postest, 167 de los cuales recibían el programa. El programa tampoco mejoró de forma significativa los resultados obtenidos en trabajos anteriores. Otro intento fue realizado por Santorastaso y cols. (1999) en el que se diferenciaron los efectos del programa en función del grado de riesgo de los sujetos al padecimiento de trastornos de la conducta alimentaria. El programa produjo diferencias significativas entre los grupos control y experimental al año de seguimiento en la insatisfacción corporal y las actitudes bulímicas, únicamente entre los sujetos con bajo riesgo.

En España, Villena y Castillo (1997, 1999) han llevado a cabo en la Comunidad Valenciana el programa "*Tal como eres*" cuyo objetivo era modificar las actitudes y comportamiento de riesgo relacionados con el peso, figura y alimentación (ver Tabla 6.3.).

Tabla 6.3 Aspectos modificables y contenidos del programa “Tal como eres”

<p>1. Actitud pasiva frente a la publicidad</p> <ul style="list-style-type: none">a. Papel que desempeña el cuerpo en el manejo publicitario.b. Desmitificación de la idealización del cuerpo.c. Análisis de técnicas y trucos publicitarios.d. Finalidad de la publicidad.e. Pensamiento crítico ante la publicidad y la presión social.f. Evolución del cuerpo ideal femenino a través de la historia.
<p>2. Actitud negativa frente a sí mismas</p> <ul style="list-style-type: none">a. Repercusiones psicológicas de la autocomparación con los ideales transmitidos por la cultura y la publicidad.b. Descubrir lo que ellas valoran de los demás.c. Descubrir lo que los demás valoran de ellas.d. Dar más credibilidad a las personas relevantes para ellas y no dejarse guiar por la publicidad y las modas
<p>3. Actitudes de rechazo al propio cuerpo</p> <ul style="list-style-type: none">a. Influencia que tienen los caracteres sexuales secundarios en la figura femenina.b. Manipulaciones del cuerpo de la mujer en nuestra cultura y en otras.c. Manipulaciones comerciales procedentes del ámbito sanitario y alimentario.d. Concepto de peso normal y variabilidad para cada persona.e. Regulación fisiológica del peso.
<p>4. Actitud de temor ante ciertos alimentos</p> <ul style="list-style-type: none">a. Aporte nutricional de los distintos grupos de alimentos.b. Número de comidas diario.c. No existen alimentos “prohibidos”, siempre que no se abuse.d. Aclarar mitos relacionados con la alimentación.

Una de las características a destacar es su brevedad: una sola sesión de 75 minutos, con una amplia muestra de adolescentes (2.109 chicas de entre 12 a 15 años). Ha obtenido cambios significativos a corto plazo en actitudes ($p < 0.001$ al mes y $p < 0,005$ a los tres meses) y comportamientos de riesgo ($p < 0,001$ al mes y $p < 0,02$ a los tres meses), no proporcionando datos sobre seguimiento a largo plazo. El cambio de actitudes fue evaluado a través del cuestionario EAT (Garner y Garfinkel, 1979), mientras que el cambio de comportamientos se midió a través de un cuestionario en el que se evaluaban hábitos incorrectos (p.ejm., consumo de chucherías). Sin embargo, este estudio adolece de la carencia de grupo de control no tratado con el que establecer comparaciones, por lo que los resultados pueden atribuirse a otros factores. Por otro lado, la muestra empleada está formada únicamente por mujeres y el seguimiento es a muy corto plazo, por lo que no se puede asegurar la persistencia de éstos cambios. Un valor añadido al programa es la incorporación de un subprograma dirigido a padres (información y detección de los TCA, nutrición, etc.) y otro subprograma con diagnóstico precoz e información a los padres.

Petit y de la Corte (2000) desarrollaron un programa de prevención en Getafe (*Programa de detección precoz y prevención de los trastornos de la alimentación (anorexia-bulimia) con adolescentes 12-14 años, escolarizados en los IES públicos de Getafe*). Las intervenciones están basadas en un modelo de salud biopsicosocial, y promueve estilos de vida saludables. El programa se realiza en centros educativos desde un ámbito comunitario dirigido a los adolescentes, sus agentes educativos y de la salud (padres, profesores, pediatras...), proporcionándoles estrategias para modificar comportamientos inadaptados que subyacen a estos trastornos. El programa plantea como objetivos:

1. la detección precoz de los adolescentes que presentan factores de riesgo (insatisfacción corporal, tendencia a adelgazar, perfeccionismo, etc.),
2. trabajar habilidades sociales que mejoren estos factores deficitarios,
3. implicar a la comunidad en general en la formación e información de los trastornos de la conducta alimentaria, y por último,
4. derivación de los casos diagnosticados de anorexia y bulimia.

Los datos obtenidos de la evaluación muestran los siguientes resultados:

- a. un 90% de los adolescentes de ambos sexo no presentan riesgo a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria.
- b. Un 10% tiene alguno de los factores de riesgo que si no se corrigen, pueden desarrollar un trastorno.
- c. El 0,5% presenta trastorno de la conducta alimentaria.

En esta misma línea, Turón (2000) desarrolló el Programa CITTA (Centro de Investigación y Tratamiento de los Trastornos de la Alimentación). Al igual que el programa anteriormente enunciado, el programa pretende formar, desde el ámbito escolar, tanto a educadores como a padres para la prevención y detección precoz de este tipo de trastornos. Un segundo programa desarrollado, va dirigido a universitarios. Este programa se realiza en tres fases: una primera fase dirige un seminario informativo a los alumnos; en la segunda fase, los alumnos evalúan su conductas alimentarias y la preocupación por la figura y el peso, y por último, en una tercera fase se les ofrece una vía de conexión para que confirmen o no el diagnóstico e inicien de este modo lo antes posible el tratamiento. No se explican los resultados obtenidos por ambos programas.

Durante este tiempo, todavía se podían ver algunas intervenciones únicamente psicoeducativas que intentaban variar la eficacia modificando la forma de administrar información. Así, Heinze, Wertheim y Yoshihisa (2000) realizaron una intervención a través de un vídeo de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en 103 mujeres estudiantes. El conocimiento sobre los trastornos aumentó, sin embargo la insatisfacción corporal no cambió. Una vez más se comprobaba, que la mera administración de información, independientemente del formato, sólo lleva a un aumento del conocimiento.

Mandy, Hetherington y Marion (2001) valoraron la eficacia de un programa de prevención (dos intervenciones en 5 semanas) en un grupo de mujeres preadolescentes (11-12 años). Hubo mejoras en autoestima y conductas alimentarias con respecto al grupo control. La autoestima mejoró en el grupo experimental, pero esto sólo era mínimamente significativo.

Es por esta época cuando aparecen cada vez más frecuentemente, programas preventivos basados en la disonancia, psicología positiva y en general con intervenciones más interactivas.

Baranowski y cols (2001) valoraron la eficacia de un programa psicoeducacional (5 semanas) en modificar una baja autoestima, realización de dietas y actitudes y creencias asociadas a los TCA en un grupo de chicas preadolescentes (11-12 años). Un grupo control de alimentación saludable fue incorporado (frutas y verduras). Los materiales incluían un contenido cognitivo-conductual (causas y consecuencias de las dietas, estereotipos asociados a la delgadez y obesidad, estima corporal, trastornos alimentarios y regular energía). Hubo mejora en la dieta restrictiva en ambos grupos (pero con un mensaje más sano a través de una alimentación adecuada) y en la autoestima. No se percibieron cambios en la imagen corporal. Como conclusión, una intervención temprana con un objetivo de alimentación sano reduce el comportamiento de dieta restrictiva y mejora la autoestima.

Matusek y cols, (2004) encontraron que los programas de prevención de los TCA basados en la disonancia reducían de forma significativa los factores de riesgo y los síntomas de los TCA.

Wilksch (2006) estudió adolescentes australianas (edad media 13,8) comparando la crítica hacia los medios y lecciones en el grupo control. La técnica de crítica hacia los medios bajó la puntuación en la interiorización del mensaje transmitido por los medios, sobre todo en varones.

Cook-Cottone y cols. (2006) a través de su programa Girl's Group desarrollaron un programa de prevención de los TCA aplicado en contexto escolar. Utiliza un formato atractivo, con psicología positiva, desarrollado por expertos en formato multisesión y aplicado a mujeres. Los resultados apuntan una reducción en la insatisfacción corporal, en las conductas hacia la delgadez, y comportamientos relacionados con los TCA.

Cororve FM y cols., (2006) evaluaron intervenciones puramente psicoeducativas, psicoeducativas basadas en la terapia cognitivo conductual (hacer dietas, interiorización o insatisfacción corporal) o puramente interactivas (no psicoeducativas). No encontraron diferencias entre los tipos de intervención, todas mejoraron patología

general de la alimentación, conductas de hacer dieta e interiorización del ideal de delgadez. . El mayor efecto estuvo en la adquisición del conocimiento.

Stice (2008) realizó una intervención con formato de disonancia (*Body Project*) en un grupo de mujeres adolescentes (edad media 17 años) en la reducción de la interiorización del ideal de delgadez, mostrando una reducción en la insatisfacción corporal, afectos negativos, incapacidad psicosocial, y disminuyó el riesgo en patología alimentaria a los 2 y 3 años de seguimiento. Un segundo grupo realizó un programa de control de peso saludable obteniendo también mejoras en todos los resultados.

Roehrig y cols (2006) revisando el programa de Stice, advierten que el programa en realidad es multifacético, ya que contiene estrategias en disonancia pero también psicoeducación y componentes de exposición de comportamiento (estos últimos muy empleados en la terapia cognitivo-conductual en el trabajo de las distorsiones corporales). Teniendo en cuenta estos factores, no está claro que el componente más activo sea la disonancia. Para investigar el efecto de los componentes en el programa se utilizaron dos condiciones de tratamiento. Un programa fue una réplica exacta del programa de Stice y otro programa fue exclusivamente la estrategia en disonancia (ejercicios verbales o escritos). Ambos programas lograron reducir el ideal de delgadez, la insatisfacción corporal, el afecto negativo y síntomas bulímicos, por lo que parece que el componente de incongruencia es el fundamental en el programa de disonancia de Stice. Esto facilita la aplicación, ya que es menos necesaria la experiencia profesional, pudiendo ser realizado por profesores u otros profesionales (en contra de las recomendaciones de Stice y cols.), además de permitir un uso mayor de tecnologías como internet.

Becker (2008) estudió mujeres universitarias que habían participado en un programa de imagen corporal en ausencia de TCA. Compararon la disonancia cognitiva con el activismo social y político. Ambas reducían la interiorización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal, restricción dietética y patología bulímica a los 8 meses. La técnica de disonancia fue más efectiva para los sujetos de riesgo más bajo.

Langmessaer L. y cols., (2009) realizaron intervenciones en las que contrastaron las estrategias puramente educativas, educativas con elementos de la terapia cognitivo conductual y sólo componentes cognitivo conductuales. Todos los programas producían

una mejora en el conocimiento. La anomalía en la alimentación, la dieta o la internalización del ideal de delgadez mostraron cambios pequeños.

Warschburger, P. y cols., (2011): desarrollaron un programa interactivo multisesión POPS (Postdam Prevention at School) compuesto por nueve lecciones para alumnos, 1000, y una para padres. Los contenidos que incorpora el estudio son factores de riesgo con un énfasis a los factores socioculturales. Mejora de hábitos alimentarios y ejercicio, resistir a la presión de los medios, técnicas de solución de problemas o cómo afrontar la presión social, son algunos de los componentes que incluye. No minimiza los factores de riesgo, sino que da recursos a través de los profesores. El programa pretende evaluar a largo plazo su efectividad.

Berger y cols. (2011) desarrollaron el programa PriMa (Prevención Primaria de la AN) de acuerdo con las siguientes condiciones:

- Debe ser dirigido todas las chicas, no sólo a un grupo de riesgo seleccionado.
- Ser realizado por profesores y no por profesionales externos
- Aplicado exclusivamente a chicas con una edad máxima de 12 años.
- Integrado en el plan de estudios.
- Crear un contexto de confianza que permita hablar de las preocupaciones relacionadas con el peso, figura, etc.

Hay aspectos que señalan estos autores que entran en contradicción con otras opiniones, como el aconsejar que el programa sea desarrollado por profesores en lugar de expertos o definir la edad de implementación a los 12 años máximos en lugar de 15 años (Stice y cols., 2007).

El programa desarrollado por Berger y cols. Está estructurado en tres partes:

- Lección 1-3: comportamientos normales (ideal de belleza, rebelión, perfeccionismo)

- Lección 3-6: comportamientos subclínicos (pérdida de control, imagen corporal distorsionada, pensamientos suicidas.)
- Lecciones 7-9: comportamientos clínicos (rituales en la alimentación, fobia al peso y depresión)

Uno de los componentes que se ha visto que obtiene éxito en los resultados tanto de la intervención como de los programas de prevención es la disonancia.

A través de los programas de prevención de los TCA basados en la disonancia (Body Project) (Stice y cols., 2000; 2006; 2008; 2012) las que las mujeres con riesgo a desarrollar sintomatología alimentaria (debido a las preocupaciones relacionadas con su imagen corporal), deben criticar el ideal de delgadez a través de ejercicios escritos y de comportamiento. Estas actividades causan disonancia cognitiva que motiva a reducir el deseo de conseguir el ideal de delgadez, disminuye la insatisfacción corporal y el afecto negativo, así como los síntomas relacionados con los TCA. Estos cambios se mantuvieron durante 3 años. Las participantes que se ajustaron a versiones de alta disonancia lograron mayores cambios que los que se ajustaron a versiones de baja disonancia.

En el 2011 se realizó una versión mejorada del programa preventivo de disonancia en el que se añadían elementos que incrementaban la disonancia o tareas para casa.

Una versión en internet se realizó más adelante (eBody Project, 2011) con contenidos y efectos similares al BP (Tabla 6.4).

Tabla 6.4 Contenido del Body Project y del eBody Project (Stice y cols., 2012)

Contenido del grupo Body Project	Contenido del eBody Project
Introducción y visión general (Sesión 1)	Introducción y visión general (Módulo 1)
Compromiso voluntario (al inicio de cada sesión)	Compromiso voluntario (al inicio de cada módulo)
Definición del ideal de delgadez (S1) Las participantes seleccionan fotos de modelos de revistas; discusión de la definición e historia del ideal de delgadez	Definición del ideal de delgadez: educación on-line (M1) Los usuarios seleccionan imágenes de modelos y se plantean preguntas acerca de la definición e historia del ideal de delgadez.
Costes de perseguir el ideal de delgadez (S1) Las participantes producen costes de perseguir el ideal de delgadez; identificar quién se beneficia del ideal.	Costes de perseguir el ideal de delgadez: disputa online (M1-2) Los usuarios generan lista top de 10 costes que tiene el perseguir el ideal de delgadez, publican online en M2”, votar la mejor lista; los ganadores reciben dinero Body Project (BP).
	Pasatiempo trivial: educación online (M1) Los usuarios juegan al trivial multi elecciones para aprender los síntomas y precio de los TCA, ganan dinero BP por las respuestas correctas.
Carta a una chica joven (S1-2) Las participantes escriben una carta a una chica menor acerca del precio del ideal de delgadez; la carta es leída en voz alta al grupo y grabada en vídeo con la opción de publicarla en línea	Carta a una chica menor: ejercicio fuera de línea (M1-2) Los usuarios escriben una carta a una chica menor acerca del precio del ideal de delgadez; publican la carta o realizan un vídeo de ellas mismas leyendo la carta online y votan el mejor. Las ganadoras reciben dinero BP.
Role-play para disuadir la búsqueda del ideal de delgadez (S2) Las participantes se turnan para disuadir al facilitador (que se hace pasar por una persona que realiza dieta o con TCA) de perseguir el ideal de delgadez.	Disuadir el ideal de delgadez: educación on line (M2) Los usuarios disuaden a alguien de perseguir el ideal de delgadez a través de un intercambio de mensajes de texto virtuales.

Tabla 6.4. Contenido del Body Project y del eBody Project (Stice y cols., 2012) (continuación)

Contenido del grupo Body Project	Contenido del eBody Project
	El precio de los TCA: ejercicios online (M2-3) Los usuarios escriben una historia sobre alguien con TCA, publicación de la historia y voto de la mejor. Los ganadores reciben dinero BP.
Ejercicio de autoafirmación ante el espejo (S2-3) Las participantes permanecen delante del espejo y anotan cualidades positivas de ellas mismas, leen su lista en voz alta al grupo.	Espejo en la pared: ejercicio online (M2-3) Los usuarios permanecen delante del espejo y anotan características positivas, publican online, votan la mejor y los ganadores reciben dinero BP
Regresos rápidos a las declaraciones del ideal de delgadez (S3) Role-play donde las participantes desafían las declaraciones del ideal de delgadez hechas por los facilitadores, generando regresos al anti -ideal de delgadez.	Desafiando las ocurrencias del ideal de delgadez: educación on-line (M3) Los usuarios generan regresos rápidos al estado ideal de delgadez y ganan dinero BP por respuestas rápidas.
Ejercicio para casa. Lista top-10 de comportamiento del cuerpo (S3) Las participantes crean una lista top-10 de las cosas que las mujeres pueden hacer para resistir el ideal de delgadez.	Comportamiento del cuerpo. educación online (M3) Los usuarios hacen una lista top-10 de activismo del cuerpo, ganan dinero BP por cada idea.
Ejercicio para casa de activismo del cuerpo (S3-4) Las participantes practican al menos un ejercicio del activismo del cuerpo, mostrando los resultados al grupo.	Activismo del cuerpo: educación online (M3-4) Los usuarios practican al menos un ejercicio del activismo del cuerpo y publican lo escrito o reportaje en video online, votar los trabajos de otros y el ganador recibe dinero BP.
Ejercicios para casa. Desafíos verbales (3-4) Las participantes escogen tres ejemplos de la vida real relacionados con la presión para estar delgada y crean un desafío verbal para cambiar esta presión. Las participantes lo leen al grupo y son grabadas.	Carta de respuesta: ejercicio online (M4) Los usuarios escriben una carta a alguien que les hizo un comentario dañino relacionado sobre el ideal de delgadez y ahora pueden responder. Los usuarios son animados a responder de forma asertiva en el futuro ante comentarios similares.

Tabla 6.4. Contenido del Body Project y del eBody Project (Stice y cols., 2012) (continuación)

Contenido del grupo Body Project	Contenido del eBody Project
Ejercicios de autoafirmación (S4) Las participantes se comprometen a ensayar algún tipo de ejercicio de autoafirmación con un amigo, hermano, etc.	Ejercicios de autoafirmación: ejercicio fuera de línea (M4) Los usuarios hacen 5 ejercicios de autoafirmación y se comprometen a ensayar con un amigo, hermano, etc.
Desafío conductual (S 4-5) Se pide a las participantes hacer algo que no harían normalmente por la preocupación relacionada con su cuerpo (p.ejm., llevar pantalones cortos) y escribe un breve informe al grupo de cómo fue.	Desafío conductual: ejercicio fuera de línea (M4-5) Se pide a los usuarios hacer algo que no harían normalmente por la preocupación relacionada con su cuerpo, cuelgan un breve informe escrito o en video onlien, votan el mejor y los ganadores reciben dinero BP.
Carta a una chica menor (S4) Las participantes escriben una carta a una chica menor acerca de las formas de evitar las preocupaciones por la imagen corporal y lo envían al facilitador vía e-mail.	Carta de ayuda a la próxima generación: ejercicio fuera de línea (M5-6) Los usuarios escriben una carta a una chica menor acerca de las formas de evitar las preocupaciones por la imagen corporal, publican la carta o vídeo, votan la mejor y los ganadores reciben dinero BP.
	Ideal comercial anti-delgadez: ejercicio fuera de línea (M5-6) Los usuarios hacen cortos, 1-2 min, comerciales y los publican on line, votan el mejor y los ganadores reciben dinero BP.
Charla de desafío a la grasa (S4) Las participantes hacen una lista de sutiles declaraciones del ideal de delgadez y discuten cómo esto promueve el ideal de delgadez y la forma de pararlo.	

Tabla 6.4. Contenido del Body Project y del eBody Project (Stice y cols., 2012) (continuación)

Contenido del grupo Body Project	Contenido del eBody Project
Presiones futuras para estar delgada (S4) Las participantes proporcionan ejemplos de futuras presiones para seguir el ideal de delgadez y cómo responderán.	Planificar el futuro: educación online (M6) Se presentan situaciones que pueden causar preocupaciones relacionadas con la imagen corporal (p.ej., baile de graduación) y desarrollan un plan para cada una.
	Paso a lo largo de la sabiduría: ejercicio fuera de línea (M6) Los usuarios son animados a hablar con una persona real acerca del programa y contarles lo que han aprendido (p.ejm., un amigo o padre).

Uno de los últimos programas más recientes de los más recientes (Rohde, 2015) surge de la investigación desarrollada a partir de una nueva versión del proyecto de Stice (MS Body Project) aplicada en 6 sesiones de 45 min., en mujeres estudiantes de secundaria. La idea es mejorar la aplicación del programa variando algunos de sus criterios, con la convicción de aumentar la eficacia. Uno de los criterios en concreto a destacar es la edad de aplicación, ya que recomiendan adelantar la aplicación. Aluden las siguientes razones:

1. Puede ser más eficaz implementarlo antes de que los factores de riesgo y síntomas sean más conscientes.
2. Los principales factores de riesgo (insatisfacción con el cuerpo, ideal de delgadez afecto negativo y dieta) ya eran evidentes a los 13 años y se intensificaron entre los 12-14 años, por lo que lo ideal es centrar el programa de prevención en esta franja de edad.
3. Adaptar el material. Llevaron a cabo una evaluación del proyecto con mujeres de secundaria y no encontraron diferencias pre-tratamiento y post-tratamiento en el ideal de delgadez, insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo o síntomas de los TCA evaluados a través de un cuestionario. El no adaptar las actividades y

vocabulario a esta edad, o el desarrollo más tardío de determinadas habilidades cognitivas como el razonamiento abstracto puede haber influido en este resultado. De este modo, se aconseja desarrollar una versión apropiada para esta edad y compararla con la versión inicial que contiene tanto mujeres de secundaria como universitarias.

Los resultados demostraron que el proyecto sigue la línea de investigación, pero que todavía no logra reducciones significativas en los factores de riesgo de los TCA ni en los síntomas. Los autores consideran necesario simplificar los conceptos para mejorar los aprendizajes.

La aplicación de los programas preventivos en adolescentes tempranos son relativamente escasas (ver Tabla 6.5). La mayoría de las intervenciones pertenecen a las primeras líneas de desarrollo de los programas con componentes psicodidácticos o interactivos. Sería bueno implementar, e ir adaptando los programas en esta población, intervenciones con contenido en disonancia, dado los resultados alentadores obtenidos de las últimas investigaciones)

Tabla 6.5 Estudios de prevención de TCA en población adolescente (Stice, 2004)

Estudio	Fecha	Edad	N	Intervención	Resultado
Buddeberg-Fischer et al.	1998	9-13 X: 16,1	314 niños y niñas	Didáctica (información de nutrición, conductas saludables de control de peso, TCA y factores de riesgo)	Ningún efecto (en síntomas de TCA, físicos)
Dalle-Grave et al.	2001	9-13 X: 11,6	106 niños y niñas	Interactiva (Información de nutrición, conductas saludables de control de peso, TCA y factores de riesgo. Reducir sobrevaloración de apariencia y aceptación de uno mismo)	Efectos en el conocimiento (ningún efecto en insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo o patología de TCA)

Tabla 6.5. Estudios de prevención de TCA en población adolescente (Stice, 2004) (continuación)

Estudio	Fecha	Edad	N	Intervención	Resultado
Kater et al	2002	9-13 X: 10	415 niños y niñas	Psicoeducativa (información determinantes figura corporal, conducta saludable control de peso, aceptación del cuerpo, habilidades de afrontamiento y pensamiento crítico medios de comunicación)	Ningún efecto (en conocimiento, conducta saludable de control de peso, interiorización de ideal de delgadez, satisfacción con el cuerpo o afecto negativo)
Pillen et al	1993	9-13 X: 12,4	838 chicas	Didáctico psicoeducativa (efectos perjudiciales de conducta no saludable de control de peso y sus prácticas saludables, habilidades de afrontamiento)	Efectos en el conocimiento a corto plazo (ningún efecto en conducta saludable de control de peso, perfeccionismo, insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo, patología de TCA o masa corporal)
Kusel	1999	9-13 X:10,1	172 chicas	Programas sobre medios de comunicación (resistencia a la presión sociocultural, aumento del plunto de vista crítico sobre comunicación)	Efectos en la interiorización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal, dieta y afecto negativo sólo al grupo control (ningún efecto patologías de TCA, ni en el seguimiento de 3 meses)
McVey y Davis McVey y Davis et al	2002	9-13 X 10,9; 11,2	263 y 258 chicas	Programa interactivo (uso crítico de los medios de comunicación, aceptación del cuerpo, conducta saludable de control de peso y habilidades de estrés, información de masa corporal)	1ª prueba: ningún efecto (insatisfacción corporal, o patología TCA) 2ª prueba: Efectos en insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo y síntomas bulímicos pero no en el seguimiento. No efectos en perfeccionismo

Tabla 6.5. Estudios de prevención de TCA en población adolescente (Stice, 2004) (continuación)

Estudio	Fecha	Edad	N	Intervención	Resultado
Moreno y Thelen	1993	9-13 X: 13,75	219 chicas	Psicoeducativa didáctica (información sobre TCA, causas y consecuencias, conducta saludable de control de peso, habilidades de resistencia presión grupal.)	Efectos en conocimiento y en intenciones de conducta para dieta
Neumark-Sztainer et al	1995	X: 15,3	341 chicas	Psicoeducativa didáctica (conducta saludable de control de peso, imagen del cuerpo, TCA y causas, habilidades de resistencia a la presión social)	Efectos en conocimiento y patología de la conducta alimentaria (1mes), conducta saludable de control de peso, dieta(6m) y atracones (24m)
Neumark-Sztainer et al	2000	X: 10,6	208 chicas	Psicoeducativa (normas de desarrollo físico, mejora de autoestima, crítica de los medios de comunicación)	Efectos en conocimiento pero no en seguimientos de 3 meses y de interiorización de ideal de delgadez (ningún efecto en insatisfacción corporal, dieta y afecto negativo)
O'Dea y Abraham	2000	9-13 X:12,9	470 chicos y chicas	Interactiva (autoestima, habilidades sociales y de afrontamiento)	Efectos de interiorización del ideal de delgadez y dieta pero no en posttest. Efectos en insatisfacción corporal en posttest pero no en seguimiento (ningún efecto en perfeccionismo, dieta, afecto negativo o patología de TCA)
Paxton	1993	X: 14,1	136 chicas	Psicoeducativa didáctica (presión sociocultural, determinantes de la talla, conducta alimentaria emocional, métodos de control de peso. Debates)	Ningún efecto (interiorización del ideal de delgadez, insatisfacción corporal, dieta, afecto negativo, patología conducta alimentaria,, masa muscular o conducta saludable)

Tabla 6.5. Estudios de prevención de TCA en población adolescente (Stice, 2004) (continuación)

Estudio	Fecha	Edad	N	Intervención	Resultado
Smolak et al.	1998 1998	X: 10; 9	222 y 266 chicas y chicos	Psicoeducativa didáctica (nutrición, técnicas saludables de control de peso, diversidad en las formas corporales y crítica de los medios de comunicación)	1ª prueba: Efectos en la interiorización del ideal de delgadez (ningún efecto en el conocimiento, conducta saludable de control de peso, insatisfacción corporal y dietas). 2ª prueba: ningún efecto
Stewart et al.	2001	X: 13,4	459 chicas	Psicoeducativa didáctica (resistencia a la presión cultural, determinantes de peso, aceptación del cuerpo, efectos de la cognición en las emociones, TCA, autoestima, control del estrés y conductas saludables de control de peso)	Efectos en el conocimiento, dieta y patología de TCA y tras un seguimiento de 6 meses en insatisfacción corporal. (ningún efecto en afecto negativos)
Varnado-Sullivan et al	2001	X:12	287 chicas y chicos	Psicoeducativa didáctica (causas y consecuencias de insatisfacción corporal, influencias culturales y conductas saludables de control de peso)	Efectos en chicas en el ideal de delgadez y patología TCA(ningún efecto en dieta, afecto negativo) Efectos en chicos en ideal de delgadez y afecto negativo (ningún efecto en dieta o patología TCA)
Wade et al	2003	9-13 X: 13,42	86 chicas y chicos	Programas sobre medios de comunicación (evaluación crítica, autoestima, habilidades de afrontamiento y habilidades sociales)	Ningún efecto (en insatisfacción corporal, dieta o afecto negativo)

Tabla 6.5. Estudios de prevención de TCA en población adolescente (Stice, 2004) (continuación)

Estudio	Fecha	Edad	N	Intervención	Resultado
Withers et al	2002	9-13 X: 12,5	242 chicas	Vídeo psicoeducativo (causas y consecuencias de los problemas de imagen corporal, y conducta alimentaria, determinantes de la forma del cuerpo, presión social de la delgadez y conducta alimentaria saludable)	Efectos en el conocimiento (ningún efecto en insatisfacción corporal o en dieta)
Baranowski y Hetherington	2001	X: 11,5	29 chicas	Información (TCA, causas y consecuencias, insatisfacción corporal, ideal de delgadez y afecto negativo)	Efectos en la intervención de la dieta (ningún efecto en insatisfacción corporal, afecto negativo o patología de TCA)
McVey et al	2003	X: 12,5	214 chicas	Interactivo (uso crítico de los medios de comunicación, aceptación el cuerpo, conducta saludable de control de peso, habilidades de control de estrés, información acerca de masa corporal)	Efectos en la patología bulímica y masa corporal (ningún efecto en afecto negativo o dieta)

Todas las intervenciones son universales salvo la de Baranowsky y McVey que son selectivas

Tabla adaptada de Stice, 2004

Por último, un campo prometedor en los programas de prevención es el de internet. Los datos hasta ahora obtenidos muestran resultados esperanzadores. A continuación se comentan algunos de los diferentes programas desarrollados por esta vía de aplicación:

- a. Programa basado en la disonancia la prevención de los TCA (eBodyProject) (Stice y cols., 2014). Se trata de un programa en internet desarrollado en 6 módulos. Los resultados muestran que criticar el ideal de delgadez públicamente reduce la internalización del mismo. Las participantes, a su vez, logran reducción en los factores de riesgo de TCA y en los síntomas de problemas alimentarios.
- b. Programa psicoeducacional y conductual (Jones, 2008). En esta intervención vía internet, el objeto de estudio es una población de adolescentes con riesgo de sobrepeso. Los resultados muestran una efectividad a corto plazo en la disminución y mantenimiento del peso corporal y en la reducción de los atracones.
- c. Programa psicoeducacional (manual) (Heinicke, 2007). Es aplicado durante 6 semanas vía internet en mujeres adolescentes australianas (edad media: 14,4) con problemas de alimentación y en imagen corporal. Obtuvo buenos resultados en mejorar la satisfacción corporal y minimizar problemas de alimentación.
- d. Programa psicoeducacional (Jacobi., 2007). En este caso, la aplicación es con población de estudiantes universitarias alemanas (18-29 años) para mejorar su imagen corporal. Los resultados mejoran conocimientos de alimentación saludable, ejercicio físico, disminución del deseo de estar delgado y patología alimentaria a los 3 meses de seguimiento.
- e. Programa psicoeducacional (Abascal y cols., 2003). Se trata de un programa universal con prevención selectiva a través de una intervención psicoeducacional vía internet (basado en el programa Student Bodies de Celios y cols., 2000). Los participantes se dividieron en dos grupos en función del riesgo o motivación. Las condiciones a las que se sometieron fueron: un grupo de alta motivación y mayor riesgo, otro de menor riesgo con menor motivación y por último, un grupo de

alta motivación y otras combinaciones. Estas divisiones proporcionaba un entorno más favorable para discutir con los compañeros ideas afines. Todos los grupos mejoraron en conocimiento de los TCA, nutrición y ejercicio. Los resultados lograron una mejora en imagen corporal y actitudes relacionadas con los TCA. Se demostró que es posible realizar una intervención psicoeducativa con debates a nivel universal que logre modificar actitudes y comportamientos.

A la vista de los resultados obtenidos, se abre por tanto, una línea nueva de intervención. Esta nueva vía, como se ha mencionado en el apartado de tratamientos vía internet, tiene numerosas ventajas entre las que se destacan: ser atractiva y cómoda para una población de riesgo de gran interés como es la población adolescente, permitir confidencialidad (ya que proporciona un lugar donde pueden hablar de sus problemas de forma anónima), acceso a una gran población, , se pueden dividir a los grupos en función de la gravedad del problema (sin tener conocimiento los participantes de las razones de por qué se han creado los grupos, de forma que no se estigmatiza a nadie) y se puede adaptar la intervención, entre otras ventajas.

Como conclusión, tras la revisión realizada de los programas desarrollados hasta el momento, parece que el reto en el diseño de programa de prevención primaria se dirigiría, en primer lugar, a identificar desde nuestro limitado conocimiento, los factores de riesgo potencialmente modificables por el programa, y en segundo lugar, diseñar un programa con componentes que incluyan ejercicios en disonancia, ajustado al estadio evolutivo y a las características socioculturales de la población a la que se dirige, capaz de producir cambios en actitudes y comportamientos (respecto a la comida, dieta, imagen corporal, etc.), y que sea viable en el contexto escolar, en el que habitualmente se lleva a efecto.

6.5 LIMITACIONES METODOLÓGICAS

Siguiendo las recomendaciones de la “Society of Prevention Research” (Flay y cols., 2005) un programa de calidad garantizada debe hacerse en tres pasos:

1. Eficacia (probar el programa en condiciones ideales)
2. Efectividad (implementar el programa en condiciones reales)
3. Amplia difusión

Cumplimentar estos pasos en los programas de prevención escolar con rigurosidad es una tarea difícil, y este es uno de los motivos por los que la investigación en esta área va avanzando a un ritmo muy lento. Cuando se decide trabajar con el campo educativo las condiciones ideales son complicadas de establecer. La aplicación del programa se encuentra con diversas limitaciones a la hora de implementarlo: en la mayoría de los casos hay un tiempo de aplicación condicionado (debido a la dificultad de los centros en ceder horas lectivas de su programación), por lo que se hacen intervenciones breves, la población a la que se dirige es menor de edad, lo que exige solicitar permiso a los padres, la aplicación o grupo control suele hacerse por clases, es complicado hacer una intervención selectiva que permita más adelante una amplia difusión. En fin, todas y otras tantas dificultades convierten la aplicación del programa en un desafío.

Las propuestas realizadas por algunos autores (Villena, J. y cols., 1999), para un programa de prevención primaria que pueda aplicarse a la población en general, serían:

- Bajo coste.
- Brevedad.
- Fácil realización.
- Reproducible por diferentes equipos de intervención.
- Buena aceptación.

La investigación de los programas de prevención de los TCA tampoco está exenta de limitaciones metodológicas que obstaculiza la extracción de conclusiones acerca de la eficacia de la intervención. Destacan los siguientes problemas metodológicos:

1. Aplicación de los programas de prevención a poblaciones que, por su edad, han podido desarrollar el trastorno. Una gran mayoría de los programas de prevención no se aplican a muestras menores de 15-16 años, a pesar de las recomendaciones realizadas por distintos autores. Esto es debido, entre otras razones, a la dificultad existente para ajustar los instrumentos de evaluación, así como la intervención en edades inferiores.
2. Aplicación a población mayoritariamente o exclusivamente femenina. A pesar de que es posible que los programas ajustados a la población de riesgo puedan ser más eficaces en esta población, es preferible lograr un efecto mayor y atender a mayor número de personas y seguir investigando el aumento de la eficacia desde esta aplicación.
3. El diseño de los cuestionarios diseñados para evaluar la distinta sintomatología asociada a los trastornos de la conducta alimentaria está ajustado a la población femenina.
4. Es necesario incorporar criterios metodológicos más rigurosos como entrevistas diagnósticas a ciegas para evaluar cambios en los TCA, medidas de fiabilidad y validez.
5. Habría que disminuir la dificultad en conseguir una equivalencia entre grupo control y grupo experimental. El conocimiento limitado de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria dificulta aún más lograr esta equivalencia deseada.

6. Hay factores de riesgo que han sido incorporados de forma masiva a los programas de prevención por considerarlos fuertes predictores de desarrollo de TCA (como la insatisfacción corporal), sin embargo otros factores de riesgo deberían empezar a evaluarse por su implicación añadida en el trastorno.
7. Dificultades asociadas a la evaluación de la sintomatología específica de los trastornos de la conducta alimentaria. Es muy difícil lograr observar la conducta en situación natural por otras personas. Para la obtención de datos que valoren dicha sintomatología, recurrimos a entrevistas, cuestionarios y autoinformes entre otros, en decremento de la fiabilidad de la evaluación, ya que existe una elevada tendencia a la ocultación de su sintomatología.
8. Se deberían evaluar los efectos mediadores del programa de prevención realizado, debido a que el programa puede provocar efectos por diferentes razones que las que postula la teoría del programa. Aparece una dificultad en analizar la efectividad de cada componente y cómo contribuye a la efectividad total del programa, al mismo tiempo que es complicado valorar si la interacción de los componentes produce un efecto sumativo en la efectividad o unos disminuyen el efecto de los otros.
9. Los programas hasta ahora han conseguido incrementar los conocimientos de los sujetos sobre la enfermedad, sin embargo muy pocos han producido algún efecto en actitudes y conductas respecto a comida, dieta, peso, imagen corporal, presión de los medios de comunicación, etc.
10. El medio más utilizado en los programas anteriormente citados ha sido el de la mera transmisión de información, a pesar de la controversia existente acerca de si administrar información es un medio eficaz de prevenir o se trata de un medio perjudicial que incrementa conductas anómalas. Se deben incorporar principios de disonancia además de persuasión e influencia de la investigación social desde la psicología social (incorporar el contexto social en el que el individuo se mueve y adquiere modelos sociales).

11. Ausencia de periodos de seguimiento, o diversidad en la duración de los mismos.
Se recomiendan periodos de seguimiento largos (3 años según Becoña) que demuestren la eficacia. La mayoría de los programas evaluaron los cambios conseguidos a corto plazo, por lo que no obtienen datos de los efectos conseguidos a largo plazo. Alguno de estos estudios que hicieron un seguimiento más prolongado, comprobaron cómo el cambio en actitudes volvía a la línea base, e incluso se traducía en un incremento en alguna sintomatología, como es el caso de la dieta restrictiva.
12. Los programas desarrollados hasta el momento no incluían un grupo control, por lo que no está claro a qué se debe el cambio producido en la población, al programa en sí o simplemente a la presencia de intervención. Levine y cols., (2001) en su artículo *The prevention of eating disorders: Toward a participatory ecology of knowledge, action, and advocacy*, revisa alguno de los estudios realizados en programas de prevención que incluían grupo control y un periodo de seguimiento. Resalta las limitaciones teóricas, empíricas y metodológicas que se dan en relación a estos trastornos.
13. El diseño de los programas no parten de la identificación de factores de riesgo en la población a la que se dirigen, sino más bien de datos procedentes de otros entornos socioculturales, no necesariamente extrapolables al que se aplica el programa, o de muestras con trastornos ya desarrollados. Los programas deben ajustarse además a los diferentes grupos sociales, ya que por ejemplo, el grupo de mujeres afroafricanas no informan de la misma preocupación que otros grupos étnicos. Sería interesante si los programas de prevención tienen una efectividad similar en estos grupos, o en grupos de bajo nivel económico

MARCO EMPÍRICO

CAPÍTULO 7

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

7.1 OBJETIVOS

Como se ha desarrollado a lo largo del presente trabajo, la elevada prevalencia del trastorno de la conducta alimentaria y sus consecuencias, así como la escasez de programas preventivos eficaces justifican la necesidad de seguir desarrollando programas hasta lograr disminuir la presencia de dichos trastornos.

El *objetivo* central del presente trabajo es la elaboración de un programa de intervención (“*Alimenta tu Salud*”) y aplicación en el campo de la prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria dirigido a la población adolescente escolarizada de la Comunidad de Madrid que logre:

- reducir actitudes que implican riesgo en el desarrollo de un TCA, y
- reducir comportamientos relacionados con los TCA.

Con el fin de facilitar la aplicación en el contexto escolar, se ha realizado una intervención que presenta las siguientes características:

- a) Breve: desarrollada en cinco sesiones distribuidas del siguiente modo: una sesión inicial de evaluación, tres sesiones de intervención, y por último, una sesión final nuevamente de evaluación.

- b) Adaptado a la población a la que se dirige para facilitar su aceptación: a través del uso de power point, coloquios y tareas interactivas atractivas para los adolescentes.
- c) Bajo coste y de fácil realización: minimiza los costes que puedan suponer al centro al que se dirige, pidiendo tan sólo el uso de una hora a la semana en la que facilitar ordenador y cañón de proyección para aplicar el programa desarrollado por un profesional.
- d) No provoca daño a los participantes al no facilitar información relacionada con conductas inadecuadas de los trastornos de la conducta alimentaria.
- e) Dirigido a una población que, por su edad, es más difícil que haya podido desarrollar el trastorno (1º ESO).

De forma detallada, este objetivo general se concretaría en el desarrollo de los siguientes objetivos específicos:

1. Valorar si el programa es eficaz en modificar determinados factores de riesgo relacionados con los TCA al modificar actitudes y comportamientos con respecto a la imagen corporal, peso, alimentación e influencias de los medios de comunicación.
2. Evaluar la eficacia del programa experimental frente al grupo control.

En la actualidad el programa basado en la disonancia es el que ha obtenido mejores resultados. Parece pues, necesario incorporar estos conocimientos para comparar la eficacia obtenida por la aplicación de un programa de prevención primaria (basado en la disonancia) frente a un grupo control (basado en información psicoeducativa).

3. Análisis de las respuestas pre y postratamiento

Establecer las variaciones antes y después de la aplicación del programa preventivo con objeto de determinar la eficacia del programa en relación a la disminución de conductas inadecuadas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria. Se requiere determinar el grado de variación en las actitudes y creencias relacionadas con la comida, influencia cultural, imagen corporal o sentimiento de valía personal.

7.2 HIPÓTESIS

Para abordar los objetivos principales de este trabajo se formulan las siguientes hipótesis:

- ☐ H₁: Los adolescentes con edades comprendidas entre 11 y 14 años, muestran una preocupación por su peso y figura más allá de lo que sería esperable según la baremación de las pruebas estandarizadas.
- ☐ H₂: Si el programa “*Alimenta Tu Salud*” es eficaz entonces, el grupo experimental mostrará en su medida postratamiento respecto a su medida pretratamiento menor sintomatología típica asociada a los trastornos de la alimentación.
- ☐ H₃: Si el programa de intervención es eficaz entonces, el grupo experimental mostrará en su medida postratamiento respecto a su medida pretratamiento menor insatisfacción corporal.
- ☐ H₄: Si el programa de intervención es eficaz, entonces el grupo experimental mostrará en su medida postratamiento respecto a su medida

pretratamiento menor influencia con respecto a la presión cultural ejercida a través de los medios publicitarios.

- ❑ H₅: Si la intervención es eficaz, entonces los grupos mostrarán en su medida pos-tratamiento respecto a su medida pre-tratamiento mejor manejo de los conflictos y un aumento de autoestima.
- ❑ H₆: Si el programa de intervención es eficaz, entonces el grupo experimental mostrará en el postratamiento menor sintomatología asociada típica de la alimentación respecto al grupo control.
- ❑ H₇: Si el programa de intervención es eficaz entonces, el grupo experimental mostrará en el postratamiento menor insatisfacción corporal respecto al grupo control.
- ❑ H₈: Si el tratamiento experimental es eficaz entonces el grupo experimental en el postratamiento mostrará menor influencia con respecto a la presión cultural ejercida a través de los medios publicitarios respecto al grupo control.
- ❑ H₉: Si el tratamiento experimental es eficaz entonces el grupo experimental en el postratamiento mostrará mayor manejo de los conflictos y un aumento de autoestima respecto al grupo control.

CAPÍTULO 8

MÉTODO

8.1 SUJETOS

La muestra está constituida por 172 sujetos (86 varones y 85 mujeres) con edades comprendidas entre 11 y 14 años, todos ellos escolarizados en el curso académico de 1º de la E.S.O. (Educación Secundaria Obligatoria). La totalidad de la muestra fue obtenida en un colegio privado perteneciente a la Comunidad de Madrid (Getafe).

Se ha elegido el grupo de edad que corresponde a 1º de la ESO (Enseñanza Secundaria Obligatoria), con el fin de dirigirnos a la población vulnerable ajustada a las características de un programa de prevención primaria, rango inferior a cuando las actitudes negativas relacionadas con la alimentación y comportamientos poco saludables comienzan a aparecer. Las investigaciones hasta el momento señalan este periodo como el más adecuado para la aplicación de los programas de prevención. Este rango de edad facilita por un lado, el seguimiento de los sujetos en el instituto (seguimiento que se vería dificultado en edades inferiores con la presencia de cambio de ciclo), y por otro lado, es una edad en la que la aplicación de los instrumentos de evaluación así como de las técnicas cognitivas y conductuales pueden presentarse con mayor facilidad para lograr los cambios deseados.

8.2 MATERIALES

En primer lugar se obtienen datos de los participantes a través de una ficha personal de elaboración propia para recoger información de datos sociodemográficos. Una vez completada la ficha, los sujetos pasan a contestar una serie de cuestionarios autoaplicados que miden síntomas o conductas de riesgo relacionadas con los TCA.

El orden de aplicación se estructura de la siguiente manera (ver Tabla 8.1):

Tabla 8.1 Estructura de la primera sesión de evaluación

SECUENCIA	CONTENIDO
Datos sociodemográficos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Datos personales (sexo, edad). 2. Datos escolares (lugar de estudio, curso de escolarización y grupo al que pertenece, nota media del curso anterior). 3. Datos familiares (profesión, estudios y edad de los padres, número de hermanos). 4. Altura y peso y percepción de los mismos. 5. Hábitos alimentarios. 6. Prácticas saludables (deporte). 7. Sedentarismo e influencia de los medios de comunicación (TV).
Instrumentos de autoinforme específicos para evaluar los TCA	EAT-40 (Eating Attitudes Test).
Instrumentos de autoinforme que miden aspectos relacionados con los TCA	<ol style="list-style-type: none"> a. CIMEC (Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal). b. BSQ (Body Shape Questionnaire). c. RSE (Rosenberg Self-Esteem Scale).
Datos biométricos.	

Todos los cuestionarios son autoadministrados en horas de clases, con una duración aproximada de una hora, realizada en formato grupal, en el aula y en presencia del profesional experto:

1. Datos sociodemográficos.
2. Instrumentos de autoinforme específicos para evaluar los TCA:
 - a. EAT-40 (Eating Attitudes Test).
3. Instrumentos de autoinforme que miden aspectos relacionados con los TCA:
 - a. CIMEC (Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal).
 - b. BSQ (Body Shape Questionnaire).
 - c. RSE (Rosenberg Self-Esteem Scale).

A continuación se describen brevemente la ficha de datos personales y los instrumentos de autoinforme.

8.2.1 Ficha de datos personales de elaboración propia

Se elabora una ficha de datos personales para evaluar las algunas de las variables sociodemográficas (Ver anexo B). La duración de la aplicación es de unos minutos en los que se recogen los siguientes datos:

1. Datos personales (sexo, edad).
2. Datos escolares (lugar de estudio, curso de escolarización y grupo al que pertenece, nota media del curso anterior).
3. Datos familiares (profesión, estudios y edad de los padres, número de hermanos).
4. Altura y peso y percepción de los mismos.
5. Hábitos alimentarios.

6. Prácticas saludables (deporte).
7. Sedentarismo e influencia de los medios de comunicación (TV).

8.2.2 Instrumentos de autoinforme específicos para evaluar TCA

A diferencia de las entrevistas semiestructuradas (requieren experiencia por parte del evaluador, aplicación individualizada que hace que aumente el tiempo de aplicación y el costo) se optó por incluir en la investigación cuestionarios autoaplicados (económicos, consumen menos tiempo y se puede aplicar a una muestra amplia).

8.2.2.1 Eating Attitudes Test (EAT; Garner & Garfinkel, 1979)

Con el fin de valorar la actitud ante la comida, se decidió utilizar el Eating Attitudes Test (EAT; Garner & Garfinkel, 1979). El EAT-40 es el instrumento de screening más utilizado hasta el momento en los estudios de prevalencia de los TCA en población escolarizada adolescente y juvenil (tanto masculina como femenina). Para confirmar los diagnósticos de TCA es necesario realizar entrevistas individuales, pero lo convierte en un procedimiento que permite detectar los primeros signos para actuar con prontitud. La versión adaptada y validada en nuestro medio fue realizada por Castro J. y cols., 1991 (Ver anexo C).

Fue desarrollado en un inicio para evaluar actitudes y conductas alimentarias anómalas, en especial relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Ha sido empleado en la actualidad en multitud de estudios acerca de los TCA en general. Resulta idóneo para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas, aunque no es capaz de discriminar entre anorexia y bulimia. Se recomienda como una herramienta de evaluación a gran escala para determinar la presencia de TCA.

El EAT-40 contiene 40 ítems distribuidos en siete factores:

1. Conductas bulímicas.
2. Imagen corporal con tendencia a la delgadez.
3. Uso o abuso de laxantes.
4. Presencia de vómitos.
5. Restricción alimentaria.
6. Comer a escondidas
7. Presión social percibida al aumentar de peso.

Posteriormente en 1982 Garner y col., diseñaron una versión breve (EAT-26) con una correlación de 0,98 con el cuestionario de 40. La validación española fue realizada por Gandarillas A, et al., 2003.

Esta versión está formada por los 26 primeros ítems del EAT-40, distribuidos en 3 factores:

1. Dieta y preocupación por la comida (conductas de evitación de alimentos que engorden y preocupación por la delgadez;)
2. Bulimia y preocupación por la comida (atracones y vómitos).
3. Control oral (autocontrol acerca de la ingesta y presión de los otros para ganar peso).

La prueba se valora mediante una escala Likert de seis puntos. Es un test autoadministrado donde el rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 3 (de nunca a siempre). Los autores sugieren utilizar un punto de corte para identificar a los sujetos con TCA de más de 30 puntos para el EAT-40, (investigaciones más recientes defienden un punto de corte de 20 en población española, M.A. Peláez y col., 2014) y de más de 20 para el EAT-26.

Muestra buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez y adecuada sensibilidad y especificidad para cribado de TCA, permitiendo discriminar entre casos

de TCA y población normal. La fiabilidad del instrumento es de 0,79 en muestras clínicas y de 0,94 si se agrupan las muestras clínica y normal. En muestras españolas el coeficiente alfa de fiabilidad es de 0,93% en muestras conjuntas (anoréxica y normal) y de 0,92 en muestra anoréxica. Validez concurrente (diferencia TCA de población normal y trastorno por atracón de AN y BN pero no diferencia entre AN y BN), Validez predictiva (sensible a los cambios terapéuticos o a cambio en la sintomatología de pacientes anoréxicas), validez discriminante (clasifica correctamente el 83,6% de los casos). Sensibilidad 91% y especificidad 69%.

8.2.3 Instrumentos de autoinforme que miden aspectos relacionados con los TCA

8.2.3.1 Cuestionario de Influencias sobre Modelo Estético Corporal (CIMEC) (J. Toro, 1994)

A través de los medios de comunicación y publicidad se ejerce la difusión del fenómeno social de la moda. La mayoría de la población está expuesta a la publicidad varias horas al día; esta publicidad se centra en gran medida en campañas adelgazantes con el fin de lograr un cuerpo casi perfecto. Con el fin de medir los cambios en presión cultural, se ha elegido el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC) (Ver anexo D).

El CIMEC fue diseñado para intentar medir las influencias culturales relevantes que contribuyen a provocar, facilitar o justificar el adelgazamiento, especialmente por razones estéticas y sociales (influencia medida a través de revistas, películas, anuncios, amigos, familia, etc.). Está compuesto por 40 ítems directos que evalúan la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales. Las respuestas son evaluadas en una escala de 0 a 3 puntos. Una puntuación mayor denota una mayor influencia de los modelos sociales. Su puntuación máxima es de 80, la mínima de 0 y el punto de corte de 23/24 puntos. Una mayor puntuación denota una mayor influencia de los modelos sociales.

El cuestionario mostró una adecuada consistencia interna, así como una apropiada sensibilidad (81,4%) y especificidad (55,9%).

Una versión abreviada es el CIMEC-26, del cual se derivan 5 dimensiones: malestar por la imagen corporal, influencia de la publicidad, influencia de mensajes verbales, influencia de los modelos sociales e influencia de las situaciones sociales.

Los resultados indican que el CIMEC (CIMEC-40 y CIMEC-26) es un cuestionario válido y fiable para evaluar la influencia de los modelos estéticos corporales en la población española por medio de algunos medios específicos (la publicidad, los modelos sociales y las situaciones sociales).

8.2.3.2 Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).

Para lograr la medición de la actitud ante el cuerpo, se escogió el Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Faiburn, 1987) al lograr medir la insatisfacción corporal en mujeres con trastornos de la alimentación, problemas con la imagen corporal como en población normal. El BSQ ha sido adaptado y validado en nuestra población por Raich y cols., (1996). (Ver anexo D).

Es un cuestionario autoaplicado formado por 34 ítems distribuidos en cuatro escalas:

1. Insatisfacción corporal
2. Miedo a engordar
3. Baja autoestima por la apariencia física
4. Deseo de perder peso y la evitación de las situaciones en las que la apariencia física pudiera atraer la atención de los otros.

Se puntúa en una escala de frecuencia tipo Likert de 1 a 6 puntos (1= nunca hasta 6=siempre). La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos. El punto de corte para la puntuación total se ha establecido en 105. Presenta una fiabilidad en torno a 0.69 y correlaciona con el EAT.

8.2.3.3 Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE; 1965).

Una de la medida que también es importante tener en cuenta por su estrecha relación con estos trastornos es la autoestima.

El Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE; 1965) es una de las escalas más utilizadas en la medición global de la autoestima (Ver anexo D).

Explora la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Echeburúa hizo una traducción española en 1995. Se trata de un instrumento válido y fiable para la evaluación global de la autoestima. Es de aplicación rápida y fácil. Incluye 10 ítems, cinco de las cuales están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa. Para la puntuación se utiliza una escala Likert de cuatro puntos (1= muy de acuerdo, 2=de acuerdo, 3= en desacuerdo, 4= totalmente en desacuerdo) El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para la escala fue de 0.82.

Las puntuaciones obtenidas por los sujetos clasifican su autoestima de la siguiente manera:

- 30-40: autoestima elevada.
- 25-29: autoestima media.
- Menos de 25: baja autoestima.

8.3 DISEÑO EXPERIMENTAL

Se ha empleado un diseño de dos grupos aleatorios con medidas pre y post-tratamiento.

8.4 VARIABLES

8.4.1 Variable independiente

La variable independiente es la intervención psicológica, es decir, el programa de prevención primaria de los TCA, “*Alimenta tu Salud*”, aplicado a población adolescente que cursa 1º de la ESO (Educación Secundaria Obligatoria). Esta variable presenta dos niveles:

1. Aplicación del programa (grupo experimental). En la aplicación se trabajó con la actitud frente al cuerpo (incorporando un sentido crítico ante los medios de comunicación), actitud ante la comida, la incorporación de un ejercicio saludable, cómo aumentar la autoestima y manejo de solución de problemas.
2. No aplicación del programa (grupo control). La mayoría de los programas no incorporan un grupo control (por lo que no es posible distinguir los efectos verdaderos de la intervención de los efectos del paso del tiempo o simplemente de los efectos de los instrumentos), o incorporan un grupo control que consiste en permanecer en una lista de espera, o bien en una ausencia de cualquier aplicación, de forma que tan sólo están sujetos a la aplicación de un pre y post-evaluación. De este modo es difícil averiguar si el cambio se produce por el programa en sí o simplemente porque el grupo ha estado sometido a una intervención (Levine y cols., 2001, Stice y cols., 2004). Para controlar este factor se decidió aplicar al grupo control una intervención psicoeducativa por estar más limitada en cambios de actitudes y comportamientos (según algunas investigaciones) frente a una intervención en disonancia llevada por el grupo experimental.

8.4.2 Variables dependientes

Las variables dependientes consideradas fueron las siguientes:

- a. Actitud ante la comida: medida a través del Eating Attitudes Test (EAT-40; Garner & Garfinkel, 1979).
- b. Presión cultural: medida a través del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal (CIMEC, J. Toro, Salamero y Martínez, 1994)
- c. Insatisfacción corporal medida a través del Body Shape Questionnaire (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1997).

- d. Autoestima: medida a través del Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE; 1965).

Estas variables se midieron en dos momentos diferenciados en relación a la variable independiente:

1. Situación de pre-test: previa a la aplicación del programa.
2. Situación post-test: una vez aplicado el programa.

8.4.3 Control de las posibles variables extrañas o contaminadoras

8.4.3.1 Nivel socioeconómico, edad.

Hemos controlado la posible influencia de los factores socioeconómicos mediante la recopilación y el análisis de estos datos (ver Anexo B).

La asignación de los sujetos al grupo experimental o grupo control no fue completamente aleatoria al depender de la disponibilidad temporal de los tutores. De este modo, el grupo control fue realizado en un día diferente al del grupo de intervención en un intento de disminuir el intercambio de información acerca de lo realizado en cada sesión. Hombres y mujeres están igualados en ambos grupos.

8.4.3.2 Terapeuta

En el control de esta variable extraña se aplicó la constancia en grupo de intervención y grupo control. En todos los sujetos el proceso de intervención íntegro, es decir evaluación y tratamiento fueron realizados por la misma persona.

La aplicación de la investigación fue realizada por dos personas: una persona realizó la intervención del programa preventivo al grupo experimental y otra persona realizó la aplicación al grupo control.

8.5 PROCEDIMIENTO

8.5.1 Captación de la muestra

Se estableció en un primer momento el contacto previo con directores y orientadores de centros de enseñanza pertenecientes al municipio de Madrid con el fin de solicitar permiso y colaboración en el estudio. Tras la aceptación por parte del centro para participar en la investigación, se informó de los objetivos, requerimientos de la investigación y se aclararon dudas surgidas alrededor del programa. Debido a la edad de la muestra seleccionada, se solicitó el consentimiento informado por escrito en el que los padres autorizaban a sus hijos a participar en el estudio. Con el fin de facilitar su colaboración, se ofreció un servicio gratuito a aquellos alumnos que, una vez finalizada la intervención, necesitaran o solicitaran tratamiento, al mismo tiempo que hubo un compromiso en informar de los resultados obtenidos en la investigación. De estos contactos iniciales surgió la colaboración de un colegio perteneciente a Getafe.

8.5.2 Evaluación pretratamiento

La evaluación pre-tratamiento consta de dos partes: por un lado la presentación del programa a desarrollar, y por otro la aplicación de los instrumentos de evaluación según el orden establecido:

- Aplicación de la ficha de datos personales (Anexo B))
- Aplicación del *Eating Attitudes Test* (EAT-40; Garner & Garfinkel, 1979) (Anexo C).
- Aplicación del *Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal* (CIMEC) de J. Toro (Anexo D).
- Aplicación del *Bbody Shape Questionnaire* (BSQ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1997) (Anexo D).

- Aplicación del *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSE; 1965) (Anexo D)
- Pesar y medir a los sujetos en el orden de finalización de las pruebas.

El proceso de evaluación se desarrolló en una sesión de una hora de duración. Previamente se les explicó el modo de rellenar cada uno de los instrumentos, y se les animó a mostrar sinceridad en sus respuestas refiriéndonos a la confidencialidad de la prueba. Durante la aplicación de los instrumentos surgieron algunas dudas que se subsanaron en el momento. Una vez finalizada la evaluación, los sujetos fueron pesados y medidos con el fin de calcular su índice de masa corporal (IMC).

8.5.3 Aplicación

Una vez finalizada la evaluación a cada uno de los dos grupos, se procede a la aplicación del programa “*Alimenta tu Salud*”, en el que se aborda la actitud ante la comida y el ejercicio, así como la actitud ante el cuerpo, presión cultural y manejo de los conflictos (ver Tabla 8.2.).

La intervención, tras la evaluación inicial, comienza en la segunda semana del programa, y los tratamientos se configuran en tres sesiones semanales, de una hora de duración cada una, aplicadas de forma grupal e impartida dentro del horario escolar (ver anexo E).

8.5.4 Evaluación postratamiento

Al final de la aplicación del programa de prevención, de nuevo se realiza el proceso de evaluación tanto en el grupo experimental como en el grupo placebo. En este momento de evaluación no se procede a pesar de nuevo y medir a los sujetos.

Tabla 8.2 Secuencia del programa de tratamiento “Alimenta tu Salud”

<p style="text-align: center;">ACTITUD FRENTE AL CUERPO</p> <p style="text-align: center;">“¿Puedo tener el cuerpo que quiero?”</p> <p>Objetivo: fomentar la propia valoración y aceptar la diversidad de cuerpos. Informar a los adolescentes de los cambios biológicos de la pubertad. Favorecer la adaptación al cambio reducir la presión cultural a través de la discusión sobre el papel que desempeña el cuerpo en el manejo publicitario, análisis de técnicas y trucos publicitarios, finalidad publicitaria</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Grupos de discusión (discusión de la manipulación de nuestro cuerpo en la cultura, modelos impuestos por la sociedad). ✓ Evolución del cuerpo ideal a través de la historia. ✓ Información acerca del peso real/ideal. ✓ Modificación de ideas irracionales relacionadas con la baja autoestima, perfeccionismo. ✓ Miedo a la gordura.
<p style="text-align: center;">ACTITUD ANTE LA COMIDA Y EJERCICIO SALUDABLE</p> <p style="text-align: center;">“Cómo alimentar un cuerpo sano y una mente feliz”</p> <p>Objetivo: desarrollar hábitos saludables de ejercicio, y conductas saludables con relación a la comida.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Desmitificación de los alimentos prohibidos. ✓ Listado de alimentos: ventajas. Educación en nutrición. ✓ Modificación de ideas irracionales con respecto a la dieta y alimentos autoprohibidos. ✓ Normas alimentarias. Establecimiento de un patrón de comida saludable.
<p style="text-align: center;">AUTOESTIMA Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS</p> <p style="text-align: center;">“Me siento bien conmigo mismo”</p> <p>Objetivo: aumentar la satisfacción con uno mismo para enfrentarse de manera eficaz a los cambios que el crecimiento y el desarrollo imponen. Enseñar estrategias de afrontamiento para solucionar los problemas. Dotar de recursos y habilidades conductuales que les permita resolver situaciones conflictivas</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicación de la autoestima. ✓ Explicar los efectos que provocan una autoestima positiva y una autoestima negativa. ✓ Entrenamiento en solución de problemas ✓ Exposición al cuerpo y comportamientos relacionados con el cuerpo (ocultación, ropa ancha, etc.)

CAPÍTULO 9

RESULTADOS

9.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

9.1.1 Variables sociodemográficas

9.1.1.1 Sexo y edad

La muestra está formada por un total de 172 sujetos igualada en la variable sexo (86 varones y 85 mujeres) (Figura 9-1), cuyo rango de edad oscila entre los 11 y 14 años (ver Figura 9-2.). La mayoría de los sujetos tienen una edad de 12 años (65,1%), destacando la menor frecuencia de los sujetos con 14 años (11%), en su mayoría formada por repetidores. Todos los participantes pertenecen a 1º de la ESO (Educación Secundaria Obligatoria) distribuidos en cinco clases con un reparto similar de sujetos (ver Figura 9-3.).

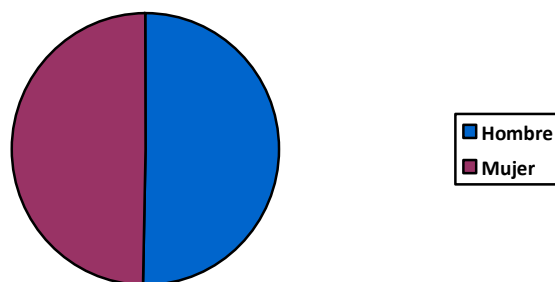


Figura 9-1 Distribución de la muestra: Sexo.

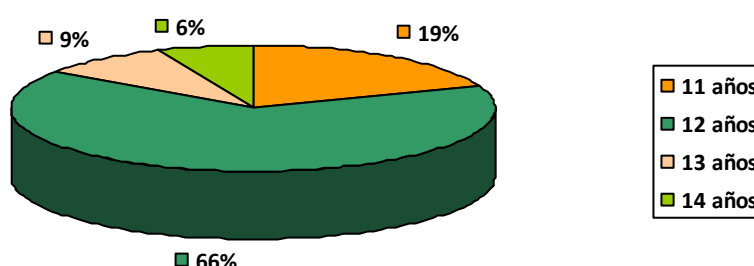


Figura 9-2 Distribución de la muestra: Edad.

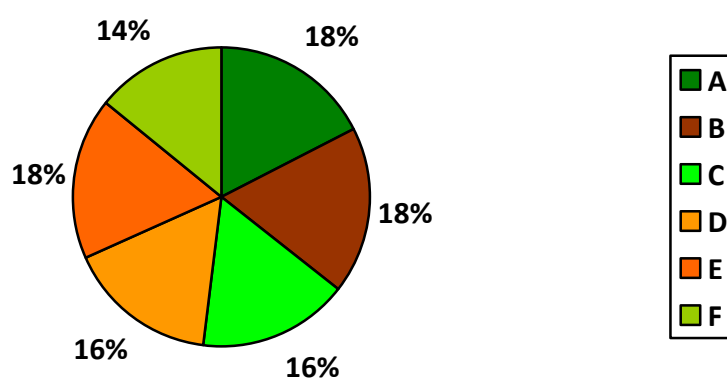


Figura 9-3 Distribución de la muestra: clases. En tonos marrones grupo de intervención (B,E,D) y en tonos verdes el grupo control (A,C,F).

9.1.1.2 Resultados académicos

Entre los sujetos que participaron en el programa destaca la mayor presencia de estudiantes con buenos resultados académicos (29,1% sobresaliente, 38,4 % notable) frente a los estudiantes con resultados aceptables (10,5% aprobado) o con bajos resultados (10,5% suspenso) (ver Figura 9.4.). Estos resultados están bastante igualados en ambos sexos (ver Figura 9.5.).

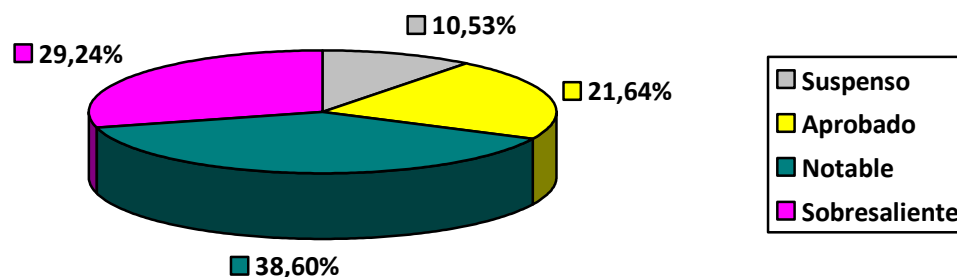


Figura 9-4 Distribución de la muestra: resultados académicos.

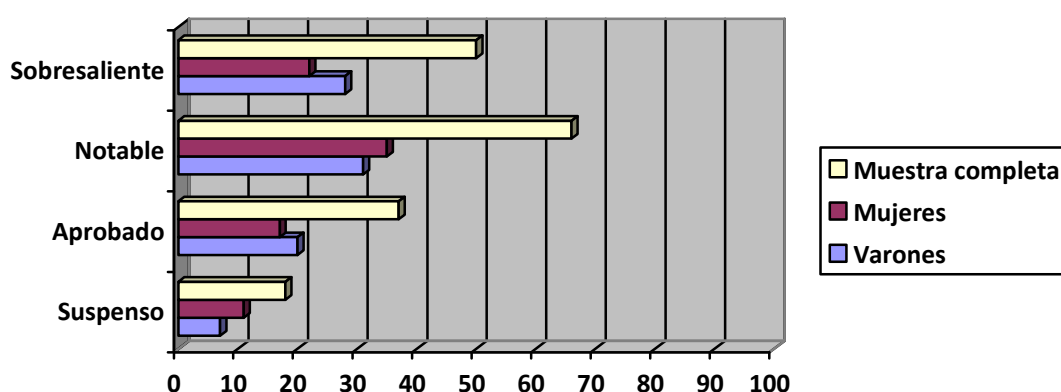


Figura 9-5 Distribución de la muestra: comparativa resultados académicos en muestra completa, varones y mujeres.

9.1.1.3 Situación laboral y nivel de formación de los padres

La mayoría de los padres de la muestra trabajan fuera de casa (padres 89,5%, madres 73,3%) frente a los que están en paro (padres 4%, madres 11%). Dentro de la situación de trabajo en casa aparece una mayor proporción de madres frente a padres (padres 4%, madres 28%) en esta situación (ver figura 9.6.).

En cuanto a la información sobre el nivel de formación de los padres, sorprende el desconocimiento por parte de los hijos de los estudios cursados por sus padres (con un porcentaje de desconocimiento por encima del 60%). Dentro de los datos de aquellos sujetos que conocen dicha formación indican una mayor formación universitaria en sus madres frente a sus padres (28,5% vs. 25%). Los datos de formación de los padres se reparten de forma similar en ambos sexos, siguiendo el siguiente orden de mayor a menor frecuencia: para el padre: 25% estudios universitarios, 16,3 % estudios primarios terminados, 12,2 % formación profesional o bachiller y 5,2% sin estudios o estudios primarios sin terminar. En cuanto a la madre: 28,5 % estudios universitarios, 14,5 % estudios primarios terminados, 14 % formación profesional o bachillerato superior, 5,8% sin estudios o estudios primarios sin terminar (ver Figura 9.7.).

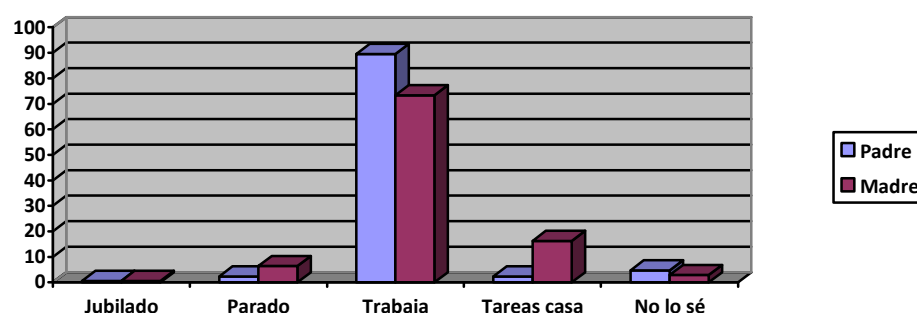


Figura 9-6 Distribución de la muestra: situación laboral de los padres y madres.

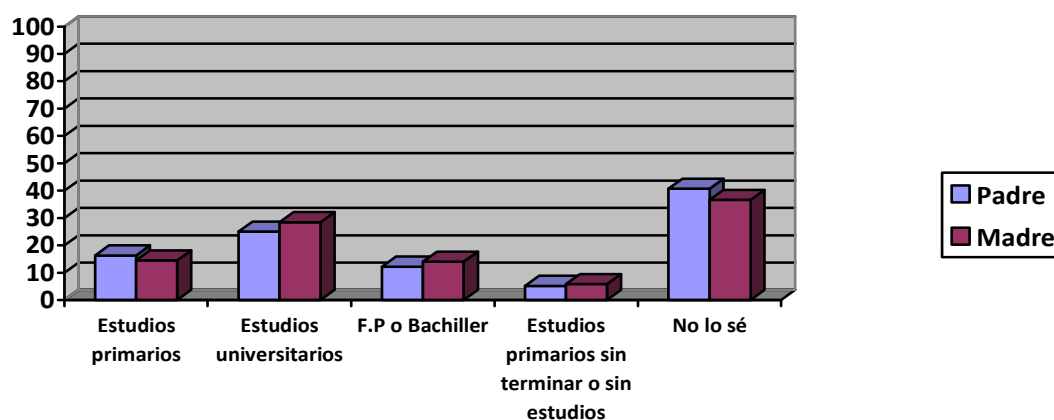


Figura 9-7 Distribución de la muestra: nivel de formación de los padres y madres

9.1.1.4 Edad de los padres

La edad del padre oscila de los 34 a más de 60, siendo más frecuentes los padres cuya edad corresponde a los 41 o 49 años. Las madres presentan edades que se sitúan en un intervalo similar al de los padres, comprendido entre los 31 y los 58 años. Dentro de las madres, aparece un porcentaje mayor en madres con edades comprendidas entre los 40 y los 49 años.

9.1.1.5 Número de hermanos

Hay un gran número de familias son numerosas, con dos o más hermanos. Tener un hermano es lo más frecuente (91%), seguido de dos hermanos (38%), tres hermanos (12%), cuatro hermanos (4%) o cinco o más de cinco hermanos (3%). La muestra compuesta por hijos únicos está formada por un 23% (ver Figura 9.8).

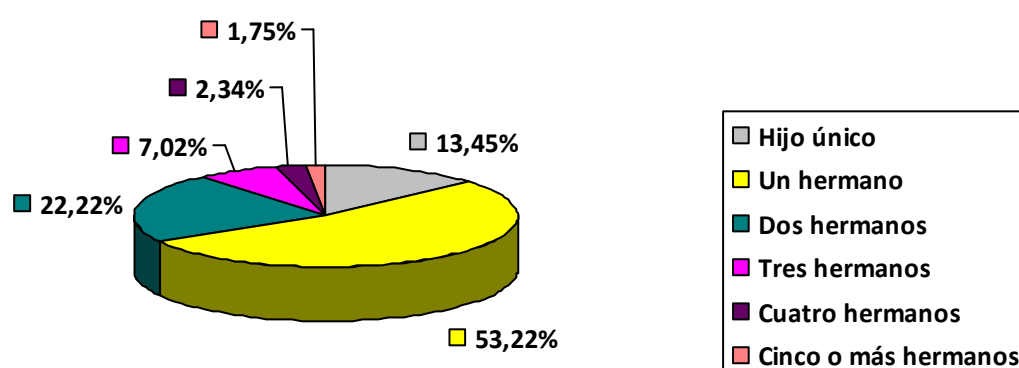


Figura 9-8 Distribución de la muestra: número de hermanos

9.1.1.6 Índice de Masa Corporal (IMC)

Una forma de determinar cuándo una persona tiene un peso saludable, está por debajo del mismo o tiene sobrepeso es a través del índice de masa corporal (IMC). Los resultados obtenidos están entre 20 y 100, dando lugar a la siguiente interpretación para adultos:

- Por debajo de 16: peso extremadamente bajo.
- 16-18: significativamente bajo.
- 20-25: peso saludable.
- 27-30: sobrepeso.
- 30-40: sobrepeso significativo.
- Por encima de 40: sobrepeso extremado.

El IMC se calcula a través de la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de masa corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso en kilogramos}}{(\text{metros en altura}) \times (\text{metros en altura})}$$

En el caso de adolescentes, la tabla del IMC se evalúa de forma diferente y tiene en cuenta la edad y el sexo del niño. Esta diferencia es debida a que la cantidad de grasa corporal cambia con la edad y es diferente en niños y niñas. A continuación se detalla una tabla recomendada por la Organización Mundial de la Salud ajustada a las edades presentes en la actual investigación (ver Tabla 9.1.; Figura 9.9., 9.10.):

Tabla 9.1 Índice de Masa Corporal para adolescentes de ambos sexos. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Edad (años)	Mujeres			
	Bajo peso (N) (percentil <5)	Normal (N) (percentil 5 hasta < 85)	Sobrepeso (N) (percentil 85 hasta < 95)	Obesidad (N) (percentil ≥ 95)
11	≤ 13.9 (1)	17.2 (9)	≥ 19.9 (5)	≥ 23.7 (0)
12	≤ 14.4 (2)	18.0 (41)	≥ 20.8 (13)	≥ 25.0 (2)
13	≤ 14.9 (1)	18.8 (4)	≥ 21.8 (1)	≥ 26.2 (1)
14	≤ 15.4 (0)	19.6 (1)	≥ 22.7 (1)	≥ 27.3 (0)
Total	N= 4	N= 55	N= 20	N= 3
Edad (años)	Hombres			
	Bajo peso (N) (percentil <5)	Normal (N) (percentil 5 hasta < 85)	Sobrepeso (N) (percentil 85 hasta < 95)	Obesidad (N) (percentil ≥ 95)
11	≤ 14.1 (1)	16.9 (7)	≥ 19.2 (7)	≥ 22.5 (2)
12	≤ 14.5 (3)	17.5 (38)	≥ 19.9 (11)	≥ 23.6 (0)
13	≤ 14.9 (1)	18.2 (6)	≥ 20.8 (2)	≥ 24.8 (0)
14	≤ 15.5 (1)	19.0 (5)	≥ 21.8 (1)	≥ 25.9 (0)
Total	N= 6	N= 61	N= 21	N= 2

A pesar de que el IMC está dentro de la normalidad tanto en chicas como en chicos en su mayoría (67% vs. 68%), los datos obtenidos nos muestran un número similar de sujetos con sobrepeso en esta edad, siendo más frecuente el problema de obesidad en mujeres (4%) que en hombres (2%). Un dato relevante es la aparición de un porcentaje que indica la presencia de bajo peso en ambos sexos, siendo algo mayor en varones (5% en mujeres, 7% en hombres).

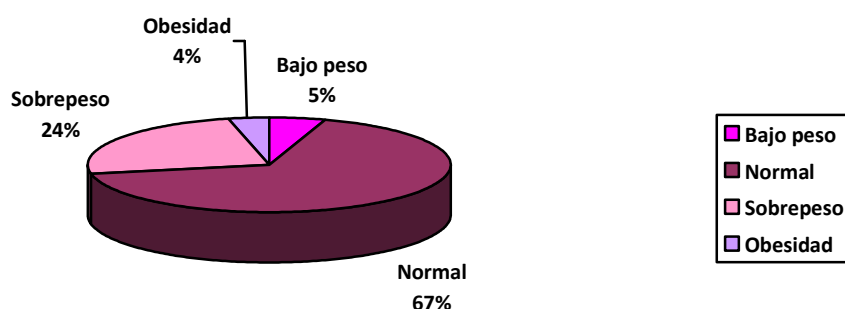


Figura 9-9 Distribución de la muestra: IMC (muestra de mujeres)

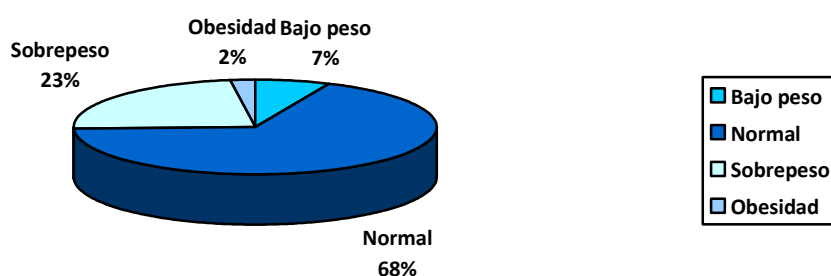


Figura 9-10 Distribución de la muestra: IMC (muestra de hombres).

9.1.1.7 Percepción del peso y altura

La percepción del peso y altura es normal para la mayoría de los participantes (86 % vs. 76,7 %). Atendiendo en primer lugar a la visión que tienen de su peso, un 5,8 % lo considera por debajo de lo normal frente a un 7,6 % que lo considera por encima de lo normal. En relación a la altura, un 8,7 % lo considera por debajo de lo normal frente a un 14 % que lo considera por encima de lo normal. A pesar de que una gran mayoría está de acuerdo con su peso y talla, empiezan a aparecer insatisfacciones relacionadas con las mismas. Estas insatisfacciones se centran en mayor medida en considerar un peso o una talla por encima de lo normal (ver Figura 9.11.; 9.12).

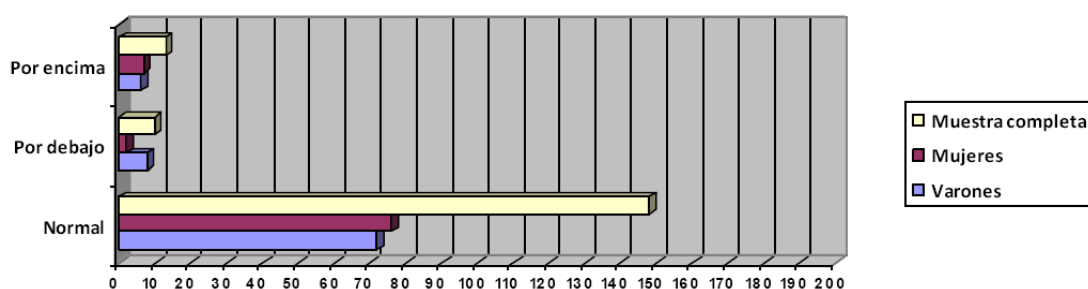


Figura 9-11 Distribución de la muestra: comparativa resultados percepción del peso en muestra completa, varones y mujeres.

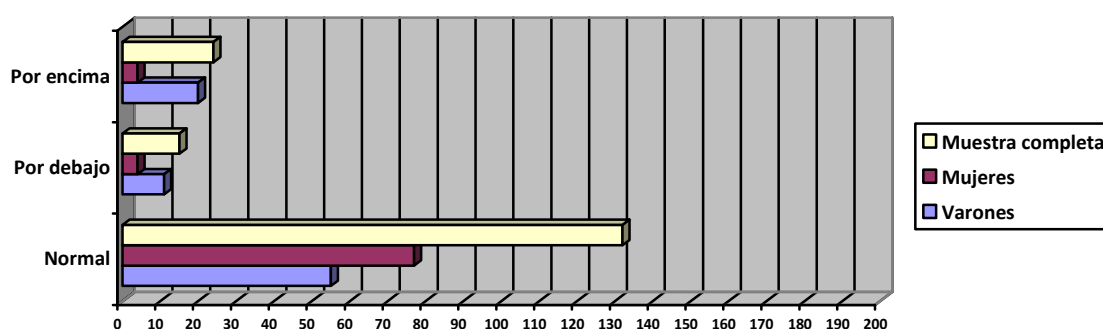


Figura 9-12 Distribución de la muestra: comparativa resultados percepción de la altura en muestra completa, varones y mujeres.

El mayor porcentaje de valoración de su peso mayor de lo deseado se sitúa en los extremos de la muestra, a los 11 años y a los 14 años (ver Tabla 9.2)

Tabla 9.2 Distribución por edades de la percepción del peso por encima de lo normal

PRE	Edad	Sx	N/ %
		Varón-mujer	
	11	4-0	4 (12,12%)
	12	1-5	6 (5,3%)
	13	0-1	1 (6,67%)
	14	1-1	2 (18%)

9.1.1.8 Hábitos de comida saludable

En relación a las comidas que suelen hacer un día normal, el porcentaje mayor se sitúa en los que realizan desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena (38,4%), seguido por los que realizan las mismas comidas salvo el almuerzo (30,8%), y por los que realizan sólo desayuno, comida y cena (17%). Un porcentaje importante (21%) se reparte entre aquellos que retiran de su alimentación alguna de las comidas principales (desayuno, comida o cena) (ver Figura 9.13.).

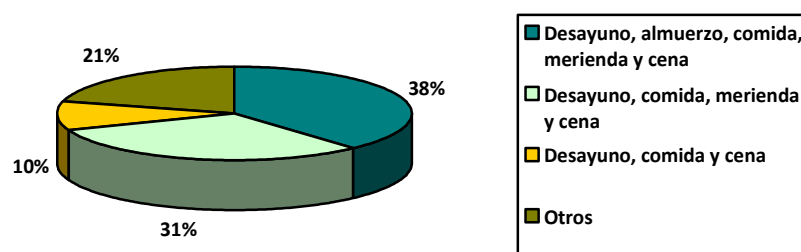


Figura 9-13 Distribución de la muestra: hábitos de comida saludable

9.1.1.9 Nivel de actividad realizada: deporte vs televisión

Una gran mayoría de los participantes realizan ejercicio frente a los que no lo hacen (80,8 % vs. 18,6%). Esta práctica principalmente se centra en deportes de equipo como baloncesto o fútbol (ver Figura 9.14.).

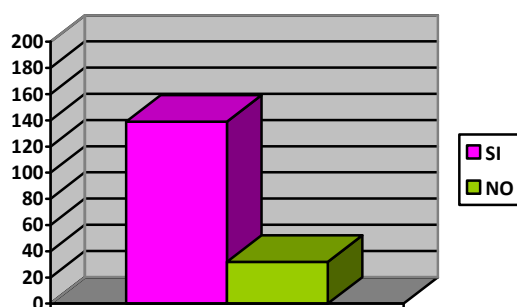


Figura 9-14 Distribución de la muestra: realización de deporte

En cuanto a la televisión, los sujetos gastan un elevado número de horas diarias delante del televisor (76%), frente a los que lo hacen sólo en fines de semana (32%), eligiendo en este tiempo la visión de sus series preferidas. La duración de este tiempo frente a la pantalla se reparte en su mayoría entre una a dos horas (ver Figura 9.15.).

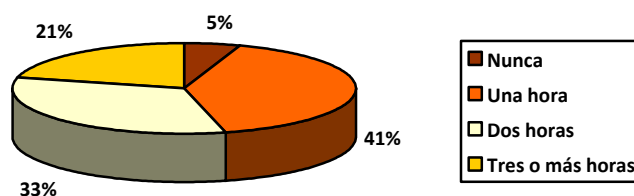


Figura 9-15 Distribución de la muestra: realización de deporte.

9.1.2 Variables dependientes

9.1.2.1 EAT-40

Es a través del EAT en el que se detectan aquellas actitudes relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar o la presencia de patrones restrictivos. A pesar de la corta edad de los participantes, vemos cómo en esta etapa evolutiva ya hay

una preocupación relacionada con estos temas. De la muestra completa un 63% no presenta riesgo, sin embargo un 37% presenta conductas que le sitúan en población de riesgo para entrevistar. (Ver Figuras 9.16.).

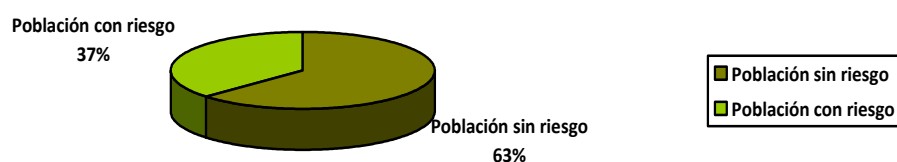


Figura 9-16 Distribución de la muestra: EAT-40

Este porcentaje se reparte de una manera similar en ambos sexos (ver Tabla 9.3 y Figura 9-17).

Tabla 9.3 Distribución de la muestra: Casos probables EAT-40

		Muestra completa	Mujeres	Varones
Casos probables (EAT-40)	≥ 20	N= 63	N= 31	N= 32
	< 20	N= 108	N= 54	N= 54

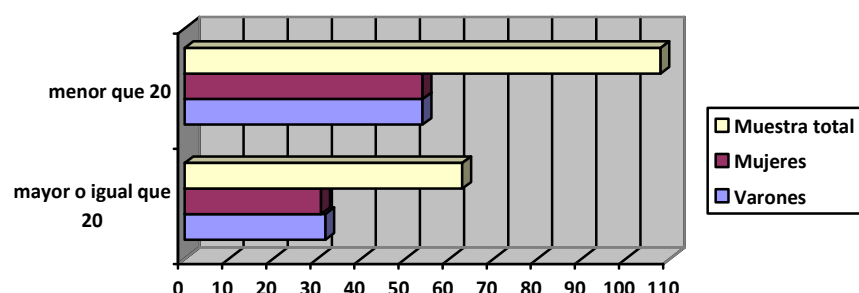


Figura 9-17 Distribución de la muestra: Representación gráfica del EAT-40 en mujeres, varones y muestra completa

9.1.2.2 CIMEC

No es posible concebir los TCA sin la presencia de las influencias culturales que condicionan la forma en la que las personas evalúan la importancia de una imagen corporal. En la aplicación de este cuestionario se refleja lo vulnerable que es esta población y cómo influyen en ellos los modelos sociales impuestos. A mayor puntuación mayor influencia y vemos cómo en la muestra prácticamente la mayoría está influenciada en gran medida, y una vez más se reparte de forma similar en ambos sexos (ver Figura 9-18 y Tabla 9.4).

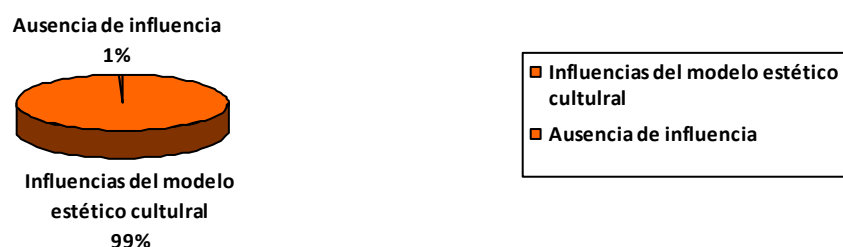


Figura 9-18 Distribución de la muestra: Representación gráfica del CIMEC

Tabla 9.4 Distribución de la muestra: CIMEC

CIMEC		Muestra completa	Mujeres	Varones
	≥ 23	N= 170	N= 84	N= 86
	< 23	N= 1	N= 1	N= 0

9.1.2.3 BSQ

A través de este cuestionario, valoramos la insatisfacción corporal y el valor que dan a ese cuerpo ideal. En este grupo todavía una gran mayoría está conforme con su imagen corporal mientras que una pequeña proporción está insatisfecha (92% vs. 8%). Este malestar está más presente en estas edades en las mujeres (ver Figura 9-19 y Tabla 9.5).

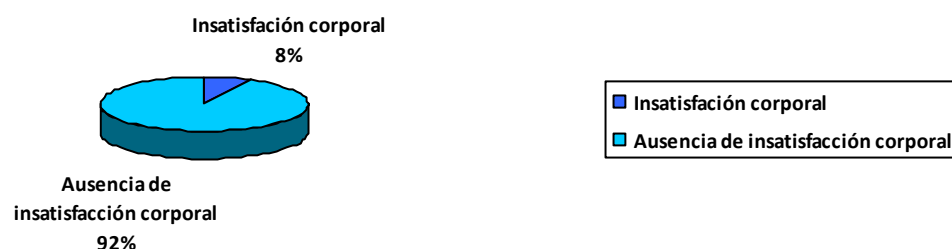


Figura 9-19 Distribución de la muestra: Representación gráfica del BSQ

Tabla 9.5 Distribución de la muestra: BSQ

BSQ		Muestra completa	Mujeres	Varones
	≥ 105	N= 13	N= 9	N= 4
	< 105	N= 158	N= 76	N= 82

9.1.2.4 ROSENBERG

Es en la adolescencia cuando la adaptación a los cambios corporales empieza a crear problemas de autoestima. En la muestra del estudio sin embargo, una gran mayoría presenta una autoestima alta (61%) frente a los que la tienen más vulnerable (39%) (Ver Figura 9-20, Figura 9-21 y Tabla 9.6).

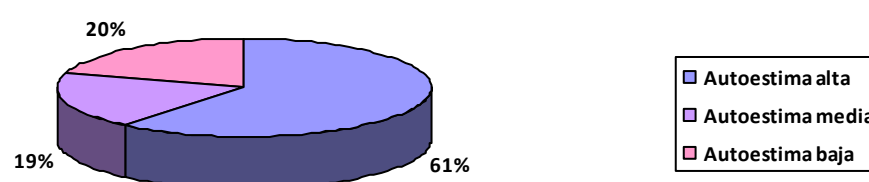


Figura 9-20 Distribución de la muestra: Representación gráfica del Rosenberg

Tabla 9.6 Distribución de la muestra: Rosenberg

ROSENBERG		Muestra completa	Mujeres	Varones
Autoestima alta	30-40	N= 104	N= 48	N= 56
Autoestima media	25-29	N= 33	N= 18	N= 15
Autoestima baja	< 25	N= 34	N= 19	N= 15

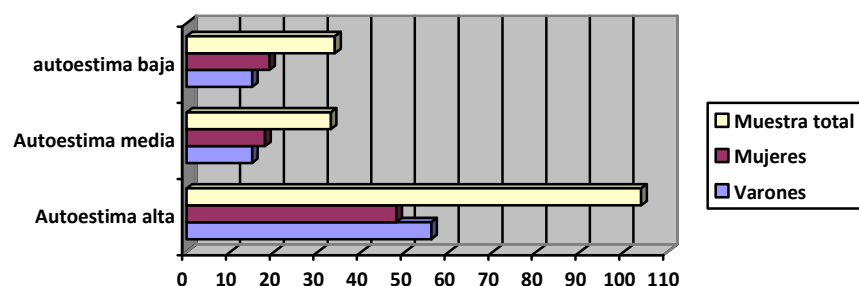


Figura 9-21 Distribución de la muestra: representación gráfica del Rosenberg en mujeres, varones y muestra completa

9.2 EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Si bien la muestra está igualada en la variable sexo, con un porcentaje del 48,8% en mujeres y del 51,2% en varones, el reparto de los mismos entre el grupo experimental y el grupo control se ve algo desproporcionado (ver Tabla 9.7).

Tabla 9.7 Muestra de varones, mujeres y muestra completa en el grupo experimental y control

	Grupo de Intervención	Grupo Control	Total
Varones	40 (23,81%)	46 (27,38%)	86 (51,20%)
Mujeres	46 (27,38%)	36 (21,42%)	82 (48,80%)
Total	86 (51,19%)	82 (48,80%)	168 (100%)

En el grupo de intervención hay un porcentaje de 23,8% en varones frente a un 27,3% en mujeres, mientras que en el grupo control el porcentaje se muestra a la inversa presentando más varones que mujeres (27,38% vs.21,42%) (ver Figura 9-22). La muestra total sufrió una pérdida de tan sólo 3 sujetos durante la primera fase de evaluación y la segunda fase.

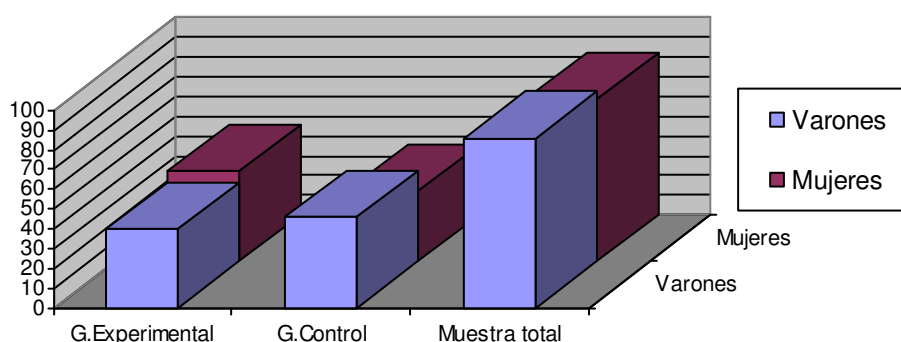


Figura 9-22 Muestra de varones, mujeres y muestra completa en grupo experimental y control

9.3 CONTRASTE DE HIPÓTESIS

H₁: Los adolescentes con edades comprendidas entre 11 y 14 años, muestran una preocupación por su peso y figura más allá de lo que sería esperable según la baremación de las pruebas estandarizadas.

Dos pruebas fundamentalmente han servido para detectar puntuaciones alteradas en peso o figura. A continuación se describen las mismas y detallan los resultados:

EAT-40

A través de este test se evalúan actitudes y comportamientos anómalos relacionados con la alimentación como el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar o la restricción alimentaria. Durante el momento pretest se detectan 55 sujetos con puntuaciones de riesgo que van desde los 11 años a los 14 años (11 años N=10; 12 años N=34; 13 años N=13 y 14 años N=4) (ver Figura 9-23). A pesar de que para diagnosticar un TCA tendríamos que hacer una evaluación más exhaustiva, simplemente el hecho de que a los 11 años ya den muestras de insatisfacción con respecto a la alimentación o figura

corporal ya es un dato relevante. Este dato por sí sólo justificaría, en alguna medida, la necesidad de incorporar programas educativos que consideren una menor edad de aplicación para ser utilizados de forma preventiva, dada la gravedad de los trastornos a los que nos enfrentamos.

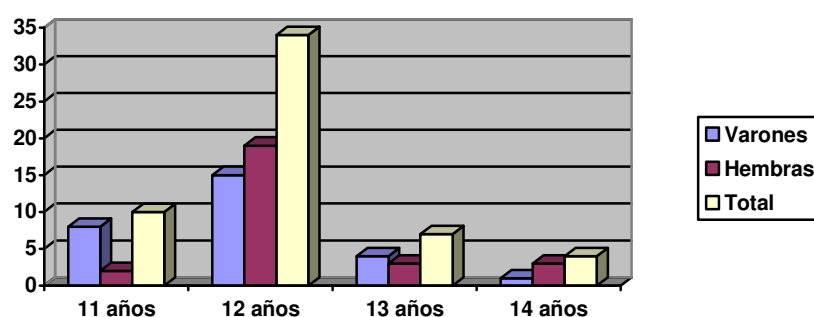


Figura 9-23 EAT en sujetos críticos

Si observamos la gráfica, se da un mayor número de sujetos a los 12 años, algo esperable, ya que la mayoría de la muestra pertenece a esta edad (65,1%). A los 11 años la mayoría de los sujetos con puntuaciones altas son varones frente a mujeres (8 sujetos vs. 2 sujetos), al igual que a los 13 años (1 vs.2), mientras que en el resto de las edades lo son en menor medida.

BSQ

El Body Shape Questionnaire mide la insatisfacción corporal. Este test detecta un número pequeño de casos durante el pretest (N=13), en su mayoría a los 12 años (Ver Figura 9-24). Sin embargo, a los 11 años ya se constata de la presencia de dos casos (un varón y una mujer).

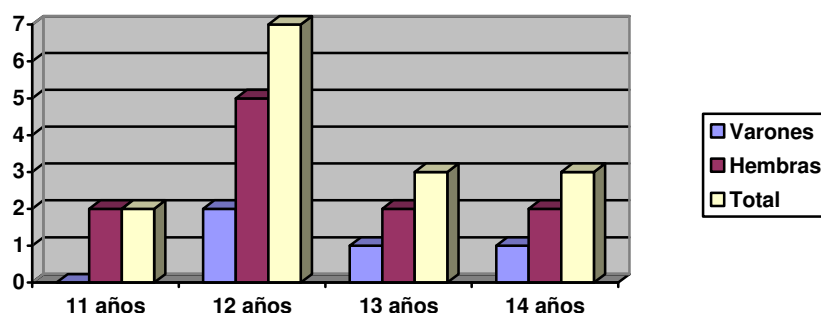


Figura 9-24 BSQ en sujetos críticos

En relación a la H_1 , y a partir de un análisis descriptivo, podemos afirmar que ya hay evidencias en adolescentes entre los 11 y los 14 años que muestran una preocupación excesiva acerca de su peso y figura. Dicho análisis detecta varios “casos críticos” que por sí solos justificarían una intervención educativa.

H_2 : Si el programa de intervención es eficaz, entonces el grupo experimental mostrará en su medida postratamiento respecto a su medida pretratamiento menor sintomatología típica asociada a los trastornos de la alimentación.

La sintomatología asociada a los trastornos de la alimentación fue medida con el Eating Attitudes Test (EAT). Los resultados indican que hubo diferencias significativas entre el pre y post obtenidas en el EAT (ver Tabla 9.8), tal y como se destaca en la tabla de ANOVA multivariante realizado (ver Tabla 9.24).

Tabla 9.8 Prueba de contraste (EAT)

	VD	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
MOMENTO	EAT	3691,976	1	3691,976	34,862	,000

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$

En la siguiente gráfica se representa esta diferencia significativa de las medias obtenidas en el EAT en la situación de pretest (1) y en la situación de postest (2):

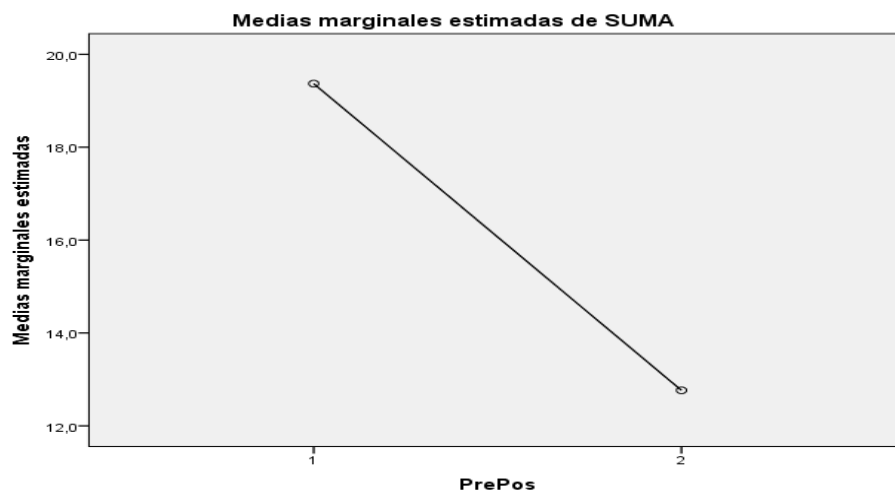


Figura 9-25 Medias marginales estimadas de EAT. Pre y pos.

Se contrasta menor sintomatología asociada a los TCA. Existen diferencias significativas en la medida pretratamiento con respecto al postratamiento en el grupo experimental al disminuir conductas y actitudes relacionadas con las alteraciones en la conducta alimentaria.

H₃: Si el programa de intervención es eficaz, entonces el grupo experimental mostrará en su medida postratamiento respecto a su medida pretratamiento menor insatisfacción corporal.

La insatisfacción corporal se midió a través del Body Shape Questionnaire (BSQ). Se da una disminución mínima en las puntuaciones de insatisfacción (ver Tabla 9.9), pero no se indican diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones globales obtenidas en esta variable (ver Tabla 9.24).

Tabla 9.9 Prueba de contraste (BSQ)

	VD	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
MOMENTO	BSQ	655,625	1	655,625	,814	,367

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$

No se contrasta menor insatisfacción corporal. No existen diferencias significativas en la medida pretratamiento con respecto al postratamiento en el grupo experimental en relación a la insatisfacción corporal.

H₄: Si el programa de intervención es eficaz, entonces el grupo experimental mostrará en su medida postratamiento respecto a su medida pretratamiento menor influencia con respecto a la presión cultural ejercida a través de los medios publicitarios.

La presión cultural se valoró a través del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal. En este test hubo un aumento en las puntuaciones obtenidas a través del pre y postratamiento (ver Tabla 9.10), a pesar de que dichas puntuaciones no fueran estadísticamente significativas (ver Tabla 9.24).

Tabla 9.10 Prueba de contraste (CIMEC)

	VD	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
MOMENTO	CIMEC	197,944	1	197,944	1,731	,189

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$

No se contrasta menor influencia de los medios de comunicación. No existen diferencias significativas en la medida pretratamiento con respecto al postratamiento en el grupo experimental en relación a la presión cultural.

H₅: Si la intervención es eficaz, entonces los grupos mostrarán en su medida postratamiento respecto a su medida pretratamiento mejor manejo de los conflictos y un aumento de autoestima.

El estudio de la autoestima se realizó a través de las puntuaciones del Rosenberg. Como se aprecia en la Tabla 9.11. La sintomatología referida a esta variable aumenta de forma significativa.

Tabla 9.11 Prueba de contraste (RSE)

	VD	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
MOMENTO	RSE	1178,259	1	1178,259	21,682	,000

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$

En la siguiente gráfica (ver Figura 9-26) se representa esta diferencia significativa de las medias obtenidas en el RSE en la situación de pretest (1) y en la situación de postest (2).

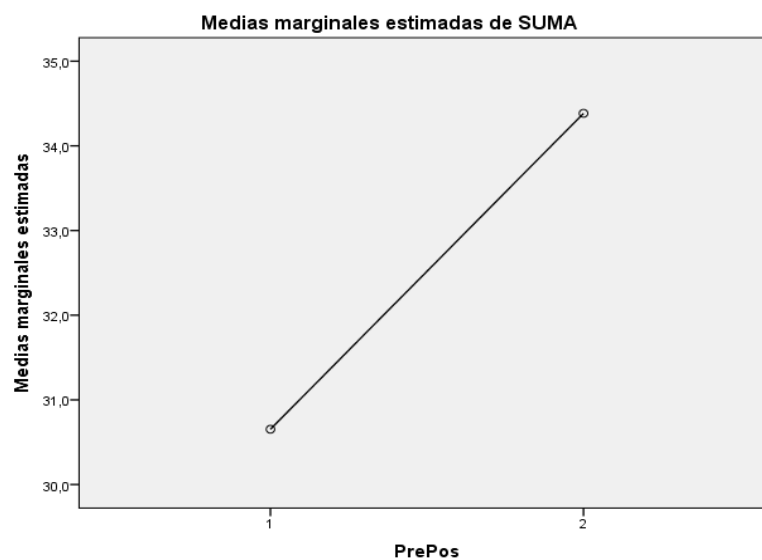


Figura 9-26 Medias marginales estimadas de RSE. Pre y pos.

Se contrasta el aumento de autoestima. Existen diferencias significativas en la medida pretratamiento con respecto al postratamiento en el grupo experimental en relación a la resolución de problemas y mejora de autoestima.

H₆: Si el programa de intervención es eficaz, entonces el grupo experimental mostrará en el postratamiento menor sintomatología asociada típica de la alimentación respecto al grupo control.

El análisis de las puntuaciones del Eating Attitudes Test (EAT), refleja una disminución significativa en las puntuaciones entre los momentos pre y postratamiento. Al comparar las medidas pre y postratamiento en función del grupo experimental o grupo control (ver Tabla 9.12), observamos que el grupo experimental muestra una disminución no significativa con respecto al grupo control (ver Tabla 9.24). La puntuación inicial de esta variable fue mayor en el grupo experimental frente al grupo control.

Tabla 9.12 Prueba de contraste (EAT)

	VD	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
TRATAMIENTO	EAT	209,445	1	209,445	1,978	,161

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$

No se contrasta menor sintomatología asociada a los trastornos de la conducta alimentaria en el grupo experimental frente al grupo control. Por tanto, podemos concluir que el grupo experimental no muestra en su medida postratamiento una reducción mayor en conductas alteradas relacionadas con los TCA frente al grupo control.

H₇: Si el programa de intervención es eficaz, entonces el grupo experimental mostrará en el postratamiento menor insatisfacción corporal respecto al grupo control.

En el estudio de esta variable, hemos utilizado el Body Shape Questionnaire (BSQ). De nuevo refleja unas puntuaciones más elevadas en el grupo experimental frente al control (ver Tabla 9.13). Al comparar las medidas pre y postratamiento en función del grupo experimental o grupo control, observamos una mínima disminución de las puntuaciones en el grupo experimental no significativas, frente a un aumento leve de las puntuaciones en el grupo control (ver Tabla 9.24).

Tabla 9.13 Prueba de contraste (BSQ)

	VD	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
TRATAMIENTO	BSQ	1526,205	1	1526,205	1,896	,169

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$

No se contrasta menor insatisfacción corporal en el grupo experimental frente al grupo control. Las diferencias encontradas en el grupo experimental no son significativas. El grupo experimental no muestra menor insatisfacción corporal respecto al grupo control.

H₈: Si el tratamiento experimental es eficaz, entonces el grupo experimental en el postratamiento mostrará menor influencia con respecto a la presión cultural ejercida a través de los medios publicitarios respecto al grupo control.

Para lograr el estudio de esta variable, hemos tomado el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético Corporal. (CIMEC). Como en todas las variables, el grupo experimental mostraba puntuaciones mayores que el grupo control. Las puntuaciones del post con respecto al pre apenas disminuyeron y no lo hicieron de forma significativa (ver Tabla 9.14; ver Tabla 9.24).

Tabla 9.14 Prueba de contraste (CIMEC)

	VD	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
TRATAMIENTO	CIMEC	326,502	1	326,502	2,855	,092

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$

No se contrasta en el grupo experimental menor presión social frente al grupo control.

H₉: Si el tratamiento experimental es eficaz, entonces el grupo experimental en el postratamiento mostrará mayor manejo de los conflictos y un aumento de autoestima respecto al grupo control.

Por último, nuevamente nos encontramos con un grupo experimental con puntuaciones más elevadas frente al grupo control (ver Tabla 9.15). En esta variable sí parece que el grupo experimental se ha visto beneficiado de forma significativa en la intervención en el módulo de autoestima, frente al grupo control. El grupo control apenas ha sufrido modificaciones en sus puntuaciones (ver Tabla 9.24).

Tabla 9.15 Prueba de contraste (ROSEMBERG)

	VD	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
TRATAMIENTO	RSE	620,445	1	620,445	11,417	,001

Nota: * Nivel de significación $p < 0.05$

En la siguiente gráfica (ver Figura 9-27) se representa esta diferencia significativa de las medias obtenidas en el CIMEC en el grupo experimental (1) y en el grupo control (2).

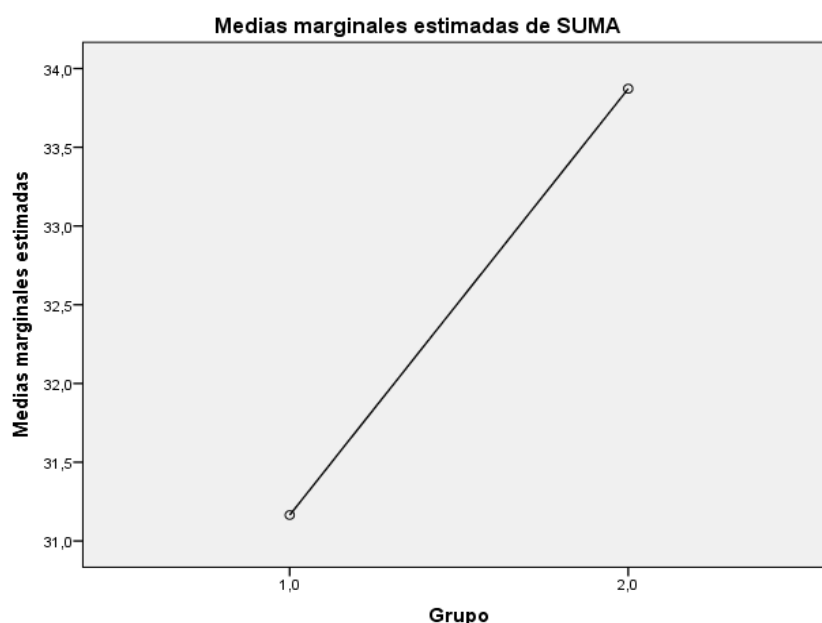


Figura 9-27 Medias marginales estimadas de RSE. Grupo.

9.3.1 Resultados de los casos críticos

Se realiza un estudio más detallado de aquellos casos detectados cuyas puntuaciones superan el punto de corte indicado por los test, lo que indica un primer acercamiento a valorar la presencia de algún problema relacionado con el objetivo de los mismos.

EAT- 40

En este caso se fija un punto de corte de 20, según lo recomendado por algunos de los investigadores (M.A.Peláez y col., 2014) en población española. A través de este test se evalúan actitudes y comportamientos relacionados con la alimentación alterada como el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar o la restricción alimentaria.

Durante el pretest fueron identificados 55 sujetos, hombres y mujeres prácticamente repartidos por igual, distribuidos en su mayoría en el grupo experimental (N=34: 18 mujeres y 16 varones) y en menor proporción en el grupo control (N=21: 9 mujeres y 12

varones). La mayoría de las mujeres, como se puede observar, pertenecen al grupo experimental (Ver Figura 9-28).

En un segundo momento durante el postest hubo una reducción en los sujetos detectados (de N=55 bajaron a N=25) tanto en el grupo experimental (N=17: 8 mujeres y 9 varones) como en el grupo control (N=8: 6 mujeres y 3 varones). Se dieron diferencias desde el primer momento en función del sexo e intervención, ya que en el grupo experimental el cambio mayor se produjo en la población femenina, mientras que en el grupo control lo hicieron los varones. En cualquier caso, el cambio mayor sufrido en el sentido deseado a pesar de las condiciones desfavorables, se dio en el grupo experimental (ver Tabla 9.16).

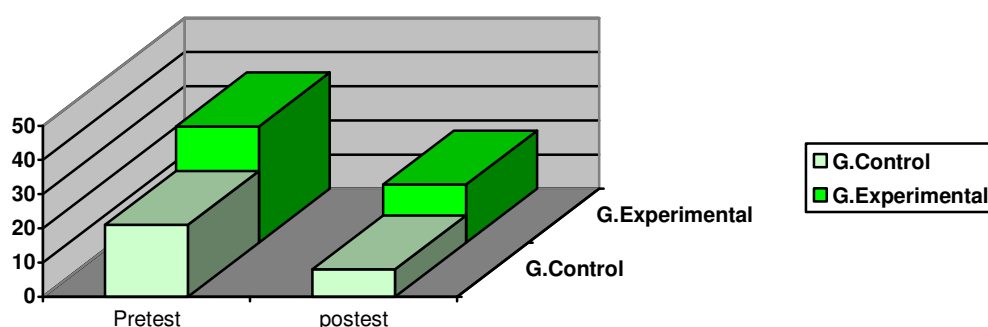


Figura 9-28 Casos críticos detectados por el EAT

Tabla 9.16 Distribución casos críticos grupo y sexo en el EAT

MOMENTO	GRUPO	N	MUJERES	VARONES
PRE	G.E	34	18	16
	G.C	21	9	12
POS	G.E	17	8	9
	G.C	8	6	3

Como se ha citado en la H₁, hay muestras de sintomatología relacionada con las conductas alimentarias que se inician a la edad de 11 años (ver Tabla 9.17) y continúan en aumento hasta los 14 años.

Tabla 9.17 Distribución casos críticos pretest por edades. EAT

PRE	Edad	Sx Varón-mujer	N/ %
	11	8-2	10 (30,3%)
	12	15-19	34 (30,36%)
	13	4-3	7 (46,67%)
	14	1-3	4 (36,36%)

CIMEC

Es a través del CIMEC en el que se mide la influencia cultural para lograr alcanzar ese cuerpo ideal, bien a través de revistas, películas bien a través de entornos más cercanos como amigos o familiares.

A pesar del elevado número de sujetos identificados que comentaba estar presionado por esta influencia cultural (N=170), el programa apenas redujo cambios (Ver Figura 9-29).

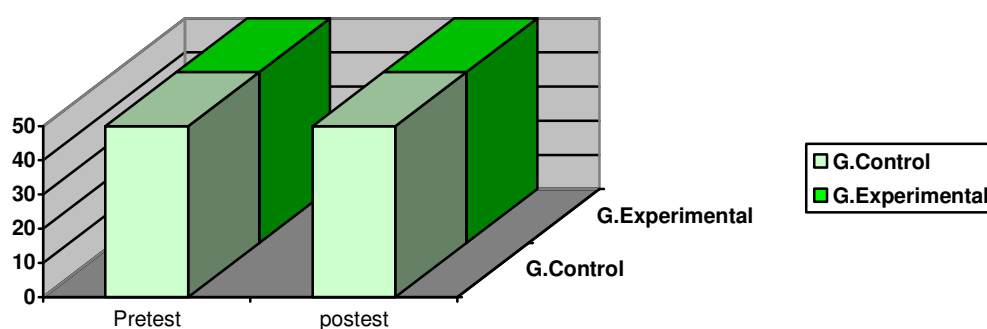


Figura 9-29 Casos críticos detectados por el CIMEC

Una vez más, el mayor número de sujetos con puntuaciones altas en el momento pretest se presentó en el grupo experimental frente al grupo control (N=88 vs. 82). Una

vez realizada la intervención, tan sólo tres personas redujeron esta influencia, siendo las tres del grupo experimental. (ver Tabla 9.18).

Tabla 9.18. Distribución casos críticos grupo y sexo. CIMEC

MOMENTO	GRUPO	N	MUJERES	VARONES
PRE	G.E	88	49	39
	G.C	82	35	47
POS	G.E	86	46	40
	G.C	81	35	46

En cuanto a la distribución por edades, como se observa en la tabla 9.18., la influencia de los medios de comunicación está presente en toda la muestra.

Tabla 9.19. Distribución casos críticos pretest por edades CIMEC

PRE	Edad	Sx Varón-mujer	N/ %
	11	18-15	33 (100%)
	12	52-59	111 (99,1%)
	13	9-6	15 (100%)
	14	7-4	11 (100%)

BSQ

Esta prueba detectó pocos sujetos con insatisfacción corporal (en el pre N=13 y en el pos N=12) (ver Figura 9-30). Hubo reducción en el grupo experimental, sin embargo en el grupo control apareció un aumento en el grupo de varones (ver Tabla 9.20).

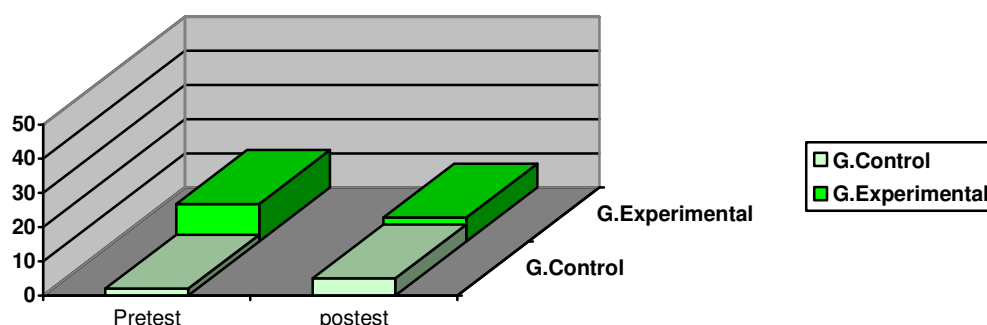


Figura 9-30. Casos críticos detectados por el BSQ

Tabla 9.20. Distribución casos críticos grupo y sexo. BSQ

MOMENTO	GRUPO	N	MUJERES	VARONES
PRE	G.E	11	8	3
	G.C	2	1	1
POS	G.E	7	6	1
	G.C	5	1	4

En la muestra aparece una mayor presencia de insatisfacción corporal en mujeres que en hombres. Esta insatisfacción tiene un porcentaje más elevado sobre todo a los 13 años, seguido de los 14. La insatisfacción corporal en edades menores es mucho más baja (ver Tabla 9.21) Este dato podría estar relacionado con las afirmaciones de algunos autores en los que concluyen que la insatisfacción corporal tiene su mayor incidencia cuando son más conscientes del ideal de delgadez y por tanto aparecen intentos de controlar el peso.

Tabla 9.21. Distribución casos críticos pretest por edades BSQ

PRE	Edad	Sx Varón-mujer	N/ %
	11	0-2	2 (6,06%)
	12	2-5	7 (6,25%)
	13	1-2	3 (20%)
	14	1-0	1 (9%)

ROSENBERG

El RSE obtuvo diferencias significativas entre el pre y pos. Ambos grupos aumentaron su estima tras la intervención logrando un mayor cambio en el grupo experimental (ver Figura 9-31).

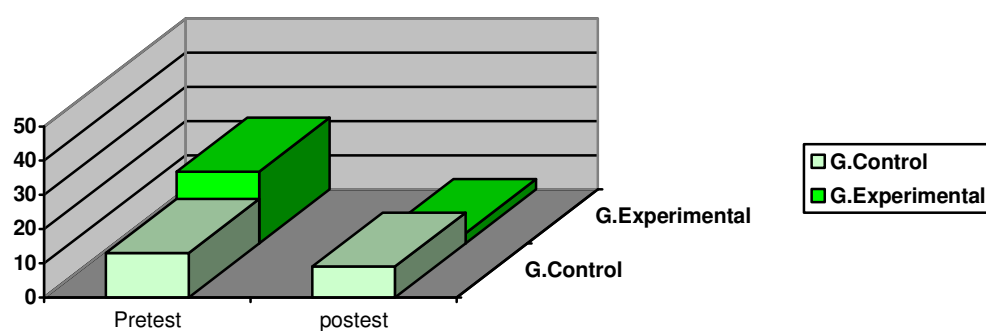


Figura 9-31 Casos críticos detectados por el RSE

De nuevo hay una mayor presencia de mujeres frente a hombres con problemas de autoestima, problemas que se reducen tras la intervención (ver Tabla 9.22).

Tabla 9.22 Distribución casos críticos grupo y sexo. RSE

MOMENTO	GRUPO	N	MUJERES	VARONES
PRE	G.E	21	12	9
	G.C	13	7	6
POS	G.E	9	6	3
	G.C	3	1	2

En cuanto a la edad en la que la baja autoestima, el porcentaje menor de aparición de baja autoestima se situaría a los 12 años, seguido por 11 años, 13 años y por último 14 años, éstos últimos con un porcentaje bastante diferenciado frente a las edades anteriormente citadas (ver Tabla 9.23).

Tabla 9.23 Distribución casos críticos pretest por edades. RSE

PRE	Edad	Sx Varón-mujer	N/ %
	11	5-1	6 (18,18%)
	12	6-14	20 (17,86%)
	13	4-2	6 (40%)
	14	0-2	2 (50%)

Tabla 9.24 Pruebas de efectos inter-sujetos

Origen	Variable dependiente	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Modelo corregido	¿Cómo consideras tu peso?	44,803 ^a	3	14,934	77,786	,000
	¿Cómo consideras tu talla?	21,995 ^b	3	7,332	26,913	,000
	EAT	3916,498 ^c	3	1305,499	12,327	,000
	CIMEC	530,566 ^d	3	176,855	1,547	,202
	BSQ	2548,287 ^e	3	849,429	1,055	,368
	RSE	2035,066 ^f	3	678,355	12,483	,000
Interceptación	¿Cómo consideras tu peso?	836,814	1	836,814	4358,568	,000
	¿Cómo consideras tu talla?	832,032	1	832,032	3054,199	,000
	EAT	87407,565	1	87407,565	825,354	,000
	CIMEC	1706257,574	1	1706257,574	14920,452	,000
	BSQ	828862,605	1	828862,605	1029,506	,000
	RSE	358043,432	1	358043,432	6588,593	,000
PrePos	¿Cómo consideras tu peso?	44,645	1	44,645	232,535	,000
	¿Cómo consideras tu talla?	21,704	1	21,704	79,670	,000
	EAT	3691,976	1	3691,976	34,862	,000
	CIMEC	197,944	1	197,944	1,731	,189
	BSQ	655,625	1	655,625	,814	,367
	RSE	1178,259	1	1178,259	21,682	,000
Grupo	¿Cómo consideras tu peso?	,008	1	,008	,044	,834
	¿Cómo consideras tu talla?	,325	1	,325	1,194	,275
	EAT	209,445	1	209,445	1,978	,161
	CIMEC	326,502	1	326,502	2,855	,092
	BSQ	1526,205	1	1526,205	1,896	,169
	RSE	620,445	1	620,445	11,417	,001

Tabla 9.23 Pruebas de efectos inter-sujetos (continuación)

Origen	Variable dependiente	Tipo III de suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
PrePos* Grupo	¿Cómo consideras tu peso?	,374	1	,374	1,947	,164
	¿Cómo consideras tu talla?	,003	1	,003	,011	,918
	EAT	2,631	1	2,631	,025	,875
	CIMEC	3,902	1	3,902	,034	,854
	BSQ	307,185	1	307,185	,382	,537
	RSE	184,107	1	184,107	3,388	,067
Error	¿Cómo consideras tu peso?	64,318	335	,192		
	¿Cómo consideras tu talla?	91,262	335	,272		
	EAT	35477,543	335	105,903		
	CIMEC	38309,582	335	114,357		
	BSQ	269710,969	335	805,107		
	RSE	18204,881	335	54,343		
Total	¿Cómo consideras tu peso?	944,000	339			
	¿Cómo consideras tu talla?	945,000	339			
	EAT	127495,000	339			
	CIMEC	1745326,000	339			
	BSQ	1105123,000	339			
	RSE	377237,000	339			
Total corregido	¿Cómo consideras tu peso?	109,121	338			
	¿Cómo consideras tu talla?	113,257	338			
	EAT	39394,041	338			
	CIMEC	38840,147	338			
	BSQ	272259,257	338			
	RSE	20239,947	338			

a. R al cuadrado = ,411 (R al cuadrado ajustada = ,405)

b. R al cuadrado = ,194 (R al cuadrado ajustada = ,187)

c. R al cuadrado = ,099 (R al cuadrado ajustada = ,091)

d. R al cuadrado = ,014 (R al cuadrado ajustada = ,005)

e. R al cuadrado = ,009 (R al cuadrado ajustada = ,000)

f. R al cuadrado = ,101 (R al cuadrado ajustada = ,092)

CAPÍTULO 10

DISCUSIÓN

El presente estudio se dirige a una población cuyo rango de edad oscila entre los 11 y los 14 años pertenecientes al ámbito escolar. Hombres y mujeres se distribuyen de forma proporcionada a través de los 6 cursos de 1º de la ESO (Educación Secundaria Obligatoria) en un colegio situado en Getafe, Madrid.

Dentro de esta franja de edad que va de los 11 a los 14, una gran mayoría se sitúa entre los 11 y 12 años, con una mayor proporción de sujetos de 12 años (66%) y una minoría que pertenece a 13 y 14 años. La presencia de estos sujetos de mayor edad está relacionada con ser repetidor (10, 5%), en un entorno académico caracterizado por resultados elevados.

Una característica sociodemográfica a destacar son los hábitos alimentarios que la muestra mantiene a esta edad. A pesar de la importancia de una buena alimentación en una etapa caracterizada por el crecimiento y desarrollo, tan sólo un 38,4% realiza las cinco comidas aconsejadas, sorprendiendo con un 21% que no llega a realizar ni las tres comidas principales diarias, saltando en su mayoría en estos casos el desayuno.

Teniendo en cuenta estos hábitos alimentarios, el IMC (Índice de Masa Corporal) en un porcentaje elevado de los sujetos se sitúa, como era de esperar, en la normalidad tanto en chicos como en chicas (67% vs. 68%), notando un ligero incremento en los valores de bajo peso u obesidad en las mujeres frente a los hombres. Este dato de normalidad también se da en la percepción del peso, sin embargo comienzan a surgir insatisfacciones en relación a esta variable en mayor medida en la población femenina.

Si valoramos la actividad que realizan, a pesar de que hay una mayoría de sujetos que realizan deporte, una gran parte del tiempo lo pasan delante del televisor invirtiendo de una hora (41%) a dos horas (33%). El uso de la televisión aumenta la insatisfacción con la imagen corporal (Schooler y Trinh, 2011).

Una última variable a comentar la valoración que hacen de su peso a esta edad. Un 7,6%, prácticamente en la misma proporción en hombres y mujeres, considera su peso por encima de lo normal. Este dato es muy importante, ya que como se ha comentado a lo largo del trabajo, la preocupación por el peso conlleva en muchos casos inicio de dietas para conseguir el peso deseado, lo que le convierte en un factor de riesgo sólido para desarrollar un TCA. Esta variable sufrió una disminución significativa antes y después del tratamiento en mayor medida en el grupo control.

Al detectar aquellos casos críticos, es decir, sujetos cuyas puntuaciones en los diferentes test les sitúan como población de riesgo, vemos cómo las mujeres continúan obteniendo puntuaciones superiores que las sitúan en desventaja frente a los hombres, en la misma línea que los resultados de numerosas investigaciones (Rohde y cols., 2015). En este sentido, las puntuaciones en el estudio en la población masculina no son nada despreciables, acortando la distancia frente a las puntuaciones femeninas (Portela y cols., 2012). De hecho, en estos casos con puntuaciones alteradas, a los 11 años la mayoría de los sujetos son varones frente a mujeres (8 sujetos vs. 2 sujetos), al igual que a los 13 años (1 vs. 2), mientras que en el resto de las edades lo son en menor medida.

En relación a las conductas alimentarias que adopta la muestra situada en esta franja de edad, parece que comienza a ser importante la alimentación y su imagen corporal. Resulta interesante encontrar, entre los 11 y los 14 años, sintomatología relacionada con los TCA. Si bien hay autores que proponen aplicar un programa de prevención a partir de los 13 años (Rohde, 2015) debido a la mayor presencia de dicha sintomatología en estas edades, se puede observar que a una edad de tan sólo 11 años ya pueden surgir conductas alteradas en relación con la comida o la persecución de un cuerpo ideal, como apuntan otros autores (Slane y cols., 2014). Esta situación se presenta del mismo modo al valorar la insatisfacción corporal, ya que es a través del BSQ cuando se detecta la presencia de algunos sujetos desde los 11 años con problemas relacionados con su

imagen, siendo mayor su presencia a los 13 años (20%), quizás por ser más conscientes en esta edad de todos los cambios sufridos.

Dentro de los sujetos detectados que presentan alteraciones con la comida, valorado a través del EAT, aparece un porcentaje más elevado en sujetos de 13 años (46,67%), seguido de 14 años (36,36%), 12 (30,36%) y 11 años (30,30%), lo que confirma ese aumento en sintomatología con la edad.

Por tanto, a pesar de que los TCA son trastornos que surgen con mayor frecuencia en la adolescencia intermedia o tardía, parece importante incorporar la adolescencia inicial en la prevención, ya que puede ser una edad en la que se puede gestar algunas de las conductas alteradas relacionadas con dichos trastornos. Y es que, si aplicamos un programa de prevención a edades más tardías, quizás lleguemos tarde.

Como muestra de la presencia de estas conductas alteradas, a continuación se detallan algunos de los ítems del EAT contestados con mayor frecuencia por la muestra completa. A través de ellos vemos esa preocupación por los alimentos y por evitar aquellos que consideran que engordan en esta edad: “me preocupo mucho por la comida” (82,6%), “procuro no comer aunque tenga hambre” (87,8%), “me siento culpable después de comer” (94,2%), “evito comer alimentos con muchos hidratos de carbono” (86%), “como alimentos de régimen” (88,4%), “me comprometo hacer régimen” (84,9%), “tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como” (82%). Esta preocupación se refleja en el miedo a ganar peso y querer conseguir una delgadez: “me da mucho miedo pesar demasiado” (95,3%), “me preocupa el deseo de estar más delgado” (82%), “me preocupa tener grasa en el cuerpo” (99,4%). En algunos casos, entre estas preocupaciones aparecen algunas conductas bulímicas, “a veces me he atracado de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer” (91,3%). Por último, cierto tipo de conductas tiene como fin controlar y conseguir un peso y figura ideal: “me peso varias veces al día” (94,2%), “hago mucho ejercicio para quemar calorías” (99,4%). En esta franja de edad, sin embargo, no se han detectado vómitos o uso de laxantes.

Sin duda, en esta edad aparece una exigencia respecto a su imagen corporal, en muchos casos bajo la influencia de los medios de comunicación o de personas que puedan ejercer influencia en ellos. Un porcentaje importante tiene a su alrededor amigas

o familiares que intentan adelgazar siguiendo una dieta o están preocupadas por su físico, como detecta el CIMEC : “tener alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo una dieta adelgazante” (26,7%), “fijarse en las personas que pasan por la calle para ver si están gordas o delgadas” (23%), “haber hecho alguna vez régimen” (16,3%), “hacer ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada” (27,3%) o “tener alguna compañera que haga ejercicio con la intención de adelgazar” (70,3%), “alguna de las personas de su familia que viven con ellos han hecho o están haciendo alguna dieta” (34%), “tener compañeras preocupadas por su peso o forma de su cuerpo” (28,5%).

Es a través del BSQ, más centrado en medir esa insatisfacción corporal, donde se observan una puntuaciones en menor proporción: “has tenido miedo a engordar” (4,1%), “te ha preocupado que tu carne sea lo suficientemente firme” (4,7%), “preocuparse porque tus muslos se ensanchen cuando te sientas” (5,2%), “te has sentido acomplejado por tu cuerpo” (7%), “preocuparse por su figura le ha hecho ponerse a dieta” (4,7%). A pesar de encontrarse los sujetos en una etapa de su vida llena de cambios físicos e inseguridades, en la muestra se detectan sujetos con insatisfacción corporal en menor medida, posiblemente como se ha apuntado anteriormente, por ser menos conscientes. No obstante su edad de aparición se sitúa en la investigación a los 11 (12,12%) y 14 años (18%).

Durante la adolescencia la autoestima de los sujetos se hace más vulnerable. Una baja autoestima está relacionada con diversas alteraciones y también lo está en los TCA como un factor de riesgo para desarrollar actitudes o comportamientos anómalos relacionados con la alimentación (Button y cols., 1997). En este estudio, se detectaron varios casos con baja autoestima (N=32) que se redujeron tras la intervención de forma significativa (N=12). Esta reducción es importante, más aún cuando la presencia de baja autoestima se convierte en un predictor de desarrollar TCA (Wood y cols., 1994).

Con todos estos previos, el objetivo principal del presente estudio ha sido elaborar un programa de prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria con una aplicación en adolescentes iniciales destinada al ámbito escolar.

Una vez concluida la intervención se observa que ambos grupos, grupo experimental (intervención en disonancia) y grupo control (intervención educativa), mejoran su

sintomatología en cuanto a alimentación alterada, insatisfacción corporal, presión cultural ejercida por los medios de comunicación o autoestima, sin embargo, tan sólo en el aspecto relacionado con la autoestima lo hace de forma significativa. A pesar de las limitaciones estadísticas en cuanto a significación, estos resultados nos hace pensar que en estos momentos es importante intervenir frente a no hacerlo ya que se generan cambios en la dirección deseada en prevenir la aparición de unos trastornos que tienden a ser crónicos y graves.

En la realización de este programa se ha tenido en cuenta los resultados de las investigaciones anteriores, en un intento de controlar la información administrada para no hacer daño, como sucedía con otros programas anteriormente. Sin embargo, en el BSQ se observa cómo, por ejemplo, a pesar de disminuir sus puntuaciones de forma general, en el grupo control aumenta mínimamente sus puntuaciones post respecto al pretratamiento en los sujetos críticos, es decir aquellos sujetos detectados con riesgo. De algún modo, el programa de prevención podría haber funcionado como transmisor de información, elevando la sintomatología no deseada al normalizar el trastorno, principalmente en aquellos sujetos que ya muestran preocupación con su imagen corporal.

Como resultados por tanto en la investigación, el grupo en el que se aplica la intervención en disonancia obtiene mejores resultados en comparación con el grupo en el que se da información. Este cambio se da de forma significativa en la variable relacionada con la autoestima, a favor del grupo experimental.

Una de las limitaciones del presente estudio es la falta de seguimiento a largo plazo para comprobar la estabilidad de los cambios logrados o modificaciones en las respuestas de ambos grupos a través del tiempo, así como el tamaño de la muestra.

Para finalizar, y a la vista de los resultados obtenidos en la presente investigación, podemos afirmar las siguientes conclusiones:

1. En población escolar con edades que les sitúan en la adolescencia inicial pueden aparecer conductas y actitudes relacionadas con las alteraciones en la conducta alimentaria, así como insatisfacción corporal. A pesar de la corta

edad de los sujetos de la investigación, con una franja de edad que va de los 11 a los 14 años, se detectan casos de riesgo que hacen necesario valorar una intervención preventiva dirigida a estas edades. Sería bueno incluir la edad de los 11 años en los programas preventivos de los TCA.

2. La intervención parece que aporta mayores beneficios que la no intervención, por lo que es necesario seguir investigando hasta lograr un programa preventivo que reduzca la sintomatología de los TCA.

El desarrollo de futuras líneas de investigación podrían tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Continuar con la línea de investigación abierta acerca de qué tipo de programa es el más eficaz con el fin de elaborar un programa que cumpla la condición investigación-acción.
- ✓ Reducir las pruebas de evaluación aplicadas en el contexto escolar, escogiendo aquellas que den más información en la evaluación del TCA para centrar en mayor medida su estudio, siendo una de ellas el EAT.
- ✓ Analizar el efecto en la eficacia del tratamiento al variar el orden de aplicación de los componentes que lo conforman.
- ✓ Plantearse intervenciones breves de fácil implementación que simplifique la incorporación en el ámbito escolar.

No existen programas de prevención efectivos en la actualidad en lo que respecta a los TCA y todavía quedan por contestar muchos de los interrogantes en relación a estos trastornos, pero las numerosas investigaciones poco a poco van delimitando el problema hasta que algún día se logre un programa eficaz que reduzca la incidencia de los TCA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas

- Abascal, L., Brown, J.B., Winzelberg, A.J., Dev, P., y Taylor, B. (2003). *Combining universal and targeted prevention for school-based eating disorder programs*. By Wiley Periodicals, Inc.
- Agras, S.H. (1993). Short-term psychological treatments for binge eating en C.G. Faiburn y G.T. Wilson(EDS): *Binge eating: nature, assessment and treatment*. Nueva York: The Guildford Press.
- Agras, W.S., Walsh, T., Fairburn, C.G., Wilson, G.T. y Kraemer, H.C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 57(5), 459-66.
- Aguinaga, M.; Fernández, L.J. y Varo, J.R. (2000). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Anales Sis San Navarra* vol. 23 Nº 2.
- Ahern, J.C., Chiesa, F. af Klinteberg B, Koupil, I. (2012). Psychosocial determinants and family background in anorexia nervosa: Results from the Stockholm birth cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 45:362–369.
- Allen, K.L., Byrne, S.M., La Puma, M., McLean, N y Davis, E.A. (2008). The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children. *Eating Behaviour*, 9:438–446.
- Allen, K.L., Byrne, S.M., Oddy, W.H. y Crosby, R.D. (2013). DSM-IV-TR and DSM-5 eating disorders in adolescents: Prevalence, stability, and psychosocial correlates in a population-based sample of male and female adolescents. *Journal Abnormal Psychology*, 122:720–732.
- Allen, K.L., Byrne, S.M., Oddy, W.H., Schmidt, U. y Crosby R.D. (2014). Risk Factors for Binge Eating and Purging Eating Disorders: Differences Based on Age of Onset. *International Journal of Eating Disorders*, 47:7 802–812.
- Allison, D.B (1995). *Handbook of assessment methods for eating behaviors and weight-related problems*. Sage Publications, Inc. Thousands Oaks, California.
- American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III. Washington, D.C: American Psychiatric Association Press. www.psychiatry.org
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R. Washington, D.C: American Psychiatric Association Press. www.psychiatry.org
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, D.C: American Psychiatric Association Press. www.psychiatry.org
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, D.C: American Psychiatric Association Press. www.psychiatry.org
- American Psychiatric Association. (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Washington, D.C: American Psychiatric Association Press. www.psychiatry.org

- Aranda, F. F., y Turón, G.V. (1998). *Prevención de los trastornos de la alimentación*. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson.
- Arcelus, J., Mitchell, A.J., Wales, J. y Nielsen, S., (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Archives of General Psychiatry*, 68:724–731.
- Askevold, F. (1983). The diagnosis of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2: 39-43.
- Attie, I. y Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25:70–79.
- Azevedo de, M. H.P. y Ferreira, C.P. (1992). Anorexia nervosa.
- Baranowski, M.J. y Hetherington, M.M. (2001). Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2):119-124.
- Baker, J.H., Thornton, L.M., Lichtenstein, P. y Bilik, C.M. (2012). Pubertal Development Predicts Eating Behaviors in Adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 45:7, 819–826.
- Bailer, U. de Zwaan, M., Leisch F, Strnad, A., Lennkh-Wolfsberg, C., El-Giamal, N. y cols. (2004). Guided self-help versus cognitive-behavioral group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35(4):522-37.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. y Emery, E. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. *Bilbao: DDB* (publicación original: 1979).
- Becker, A.E., Burwell, R.A., Gilman, S.E., Herzog, D.B. y Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, 180:509–514.
- Becker, C.B., Smith, L.M. y Ciao, A.C. (2006). Peer facilitated eating disorders prevention: A randomized effectiveness trial of cognitive dissonance and media advocacy. *Journal of Counseling Psychology*, 53:550–555.
- Becker, C.B., Bull, S., Schaumberg, K., Cauble, A. y Franco, A. (2008). Effectiveness of peer-led eating disorders prevention: a replication trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(2):347-54.
- Becker, A.E., Fay, K.E., Gnew-Blais, J., Khan, A.N., Striegel; Moore, R.H. y Gilman, S.E.(2011). Social network media exposure and adolescent eating pathology in Fiji. *British Journal of Psychiatry*, 198 (1):43-50.
- Becoña, E. (1994). Introducción. En Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. I. Prevención* (pp. 15-20). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.

- Becoña, E. (1994). La prevención de las drogodependencias. En Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. Prevención* (pp. 9-45). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Bell, C., Bulik, C., Clayton, P., Crow, S., Davis, D.M., DeMaso, D.R., Dogin, J., Faiburn, C.G., Fink, A.H., Fisher, M., Forman, S., Garner, D.M., Golden, N.H., Hagan, J., Kaplan, A.S., Katzman, D.K., Katzman, M.A., Keddy, D., Kottke, T.E., Kreipe, R., Loney, E., Motto, J.A., Mickley, D., Rubel, J.B., Schienholtz, M., Schyve, P.M., Sloan, R., Sokol, M., Sparrow, J., Strober, M., Stunkard, A., Suchinsky, R.T., Treasure, J., Westermeyer, J., Wilfley, D. y Wonderlich, S. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). *American Journal of Psychiatry*, 157, 1 Suplemento, 1-39.
- Bemis, K.M. (1987) The present status of operant conditioning for the treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Modification*, 11: 432-463.
- Berger, U.; Wick, K.; Brix, C.; Bormann, B.; Sowa, M.; Schwartz, D. y Strauss, B. (2011). Primary prevention of eating-related problems in the real world. *Journal of Public Health*, 19: 357-365.
- Blodgett Salafia, E.H. y Gondoli, D.M. (2011). A 4-Year Longitudinal Investigation of the Processes by Which Parents and Peers Influence the Development of Early Adolescent Girls' Bulimic Symptoms. *Journal of Early Adolescence*, 31 (3): 390-414.
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2002). Nº 10 Vol 8.
<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2003). Nº 11 Vol 9.
<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2005). Nº 6 Vol 11.
<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>
- Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (2012). Nº 8 Vol 18.
<http://www.madrid.org/sanidad/salud/>
- Buckner, J.D., Silgado, J. y Lewinsohn, P.M. (2010). Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 781-787.
- Butryn, M.L. y Wadden, T.A., (2005). Treatment of overweight in children and adolescents: Does dieting increase the risk of eating disorders?. *International Journal of Eating Disorders*, 37:4 285-293
- Button, E. (1990). Self-esteem in girls aged 11-12: Baseline findings from a planned prospective study of vulnerability to eating disorders. *Journal of Adolescence*, 13, 407-413.
- Button, E.J., Sonuga-Barke, E.J.S., Davies, J. y Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in the prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 193-203.

- Button, E.J., Loan, P., Davies, J. y Sonuga-Barke, E.J.S. (1997). Self-esteem, eating problems and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15–16: A questionnaire and interview study. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 31–47.
- Bucchianeri, M., Arikian, A., Hannan, P., Eisenberg, M. y Neumark-Sztainer (2013) D.Body dissatisfaction from adolescence to young adulthood: Findings from a 10-year longitudinal study. *Body Image*, 10:1–7.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R., Carter, F.A. y McIntosh, V.V. (1998). Predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 206-214.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F. y Kendler KS.(1998). Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa. *Biological Psychiatry* , 44: 1210–18.
- Bulik, C.M.(2002). Eating disorders in adolescents and young adults. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 11:201–218.
- Bulik, C.M., Reba, L., Siega-Ruiz, A.M. y Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa. Definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S2-S9.
- Bulik, C.M., Marcus, M.D., Zerwas, S., Levine, M.D., Hofmeier, S., Trace, S.E. y cols. CBT4BN versus CBTF2F (2012). Comparison of online versus face-to-face treatment for bulimia nervosa. *Contemp Clin Trials* 33:1056–1064.
- Burton, E., Stice, E., Bearman, S.K. y Rohde, P. (2007). Experimental test of the affect-regulation theory of bulimic symptoms and substance use: a randomized trial. *International Journal of Eating Disorders*, 40(1):27-36.
- Byely, L., Archibald, A.B., Graber, J. y Brooks-Gunn, J. (1999). *A prospective study of familial and social influences on girl's body image and dieting*. New York, NY 10027.
- Calam, R. y Waller, G. (1998) Are eating and psychosocial characteristics in early teenage years useful predictors of eating characteristics in early adulthood? A 7 year longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 24:351–362.
- Carter, F.A. y Bulik, C.M. (1993). Exposure treatments for bulimia nervosa: procedure, efficacy and mechanisms. *Advances in Behaviour research and Therapy*, 15, 1001-1053.
- Carter, J.C., Stewart, D.A., Dunn, V.J. y Fairburn, C.G. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.
- Carter, J.C., Olmsted, M.P., Kaplan, A.S., McCabe, R.E. y Mills, J.S. (2003) Aime A. Self-help for bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 160(5):973-8.
- Casper, R.C. y Jabine, L.N. (1996). An eight-year follow-up: Outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 499-517.

- Channon, S., de Silva, P., Hemsley, D. y Perkins, R. (1989) A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 27(5):529-35.
- Collins, M., Hodas, G.R., y Liebman, R. (1983). Interdisciplinary model for the inpatient treatment of adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health Care*, 4, 3-8.
- Cook-Cottone, C. y Kane, L. (2006). The Satsanga Center for the prevention and treatment of eating disorders [homepage on the Internet]. University at Buffalo (SUNY); Available from: <http://www.gse.buffalo/cap/satsanga>.
- Cooper, P.J. (1985). Eating disorders. En F.N. Watts (ad.), *New developments in clinical psychology* (pp. 1-15). Chichester: The British Psychological Society.
- Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating disorders*, 6, 485-494.
- Cooper, P.J., Coker, S. y Fleming, C. (1994). Self-help for bulimia nervosa: A preliminary report. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 401-404.
- Cooper, P.J. y Steere, J. (1995) A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa: implications for models of maintenance. *Behavior Research and Therapy*: 33, 875-885.
- Cooper, P.J., Coker, S. y Fleming, C. (1996). An evaluation of the efficacy of supervised cognitive behavioral self-help for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 281-287.
- Cororve, F.M., Warren, C.S., Cepeda-Benito, A. y Gleaves, D.H. (2006). Eating disorder prevention research: a meta-analysis. *Eating Disorders*, 14(3):191-213.
- Crandall, C.S. (1998) Social contagion of binge eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55:588-598.
- Culbert, K.M., Burt, S.A., McGue, M., Iacono, W.G. y Klump, K.L. (2009) Puberty and the genetic diathesis of disordered eating attitudes and behaviors. *Journal of Abnormal Psychology*, 118:788-796.
- Channon, S., De Silva, P., Hemsley, D. y Perkins, R. (1989) A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 27(5):529-35.
- Chen, E., Touyz, S.W., Beumont, P.J., Fairburn, C.G., Griffiths, R., Butow, P. y cols. (2003). Comparison of group and individual cognitive-behavioral therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3):241-54.
- Chinchilla, M.A. Generalidades y tratamientos biológicos en anorexia y bulimia nerviosas. *Anorexia y bulimia nerviosas. Madrid: Ergon*; 1994.
- De la Puente, M.L. (1998). Anorexia y bulimia. En M.A. Vallejo Pareja (director), *Manual de Terapia de Conducta* (pp.277-329). Madrid: Dykinson-psicología.

- Documentos Técnicos de Salud Pública (2003). Trastornos del comportamiento alimentario. *Prevalencia de casos clínicos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*.
- Echeburua, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Eckert; E.D., Halmi, K.A., Marchi, P., Grove, W. y Crosby, R. (1995). Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25, 143-156.
- Eisenberg, M.E. y Neumark-Sztainer, D. (2010). Friends' dieting and disordered eating behaviors among adolescents five years later: Findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*; 47:67–73.
- Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G., Dodge, E. y Le Grange, D.(2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *J Child Psychol Psychiatry*.;41(6):727-36.
- Fairburn, C.G. y Garner, D.M. (1986) The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5:403-419.
- Fairburn, C.G. y Cooper, P.Y. (1989). Eating disorders. En K. Hawton, P.M. Saldolviskis, J. Kirk y D.M. Clark (eds.), *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems* (pp. 277-314). Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S.J., Solomon, R.A., O'Connor, M.E., Burton, J. y Hope, R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fairburn, C.G., Peveler, R.C., Jones, R., Hope, R.A. y Doll, H.A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696-698.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Hope, R.A. y O'Connor, M. (1993) Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa. A comprehensive treatment manual. En C.G. Fairburn y W.T. Wilson (eds.): *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: The Guildford Press.
- Fairburn, C.G. (1994). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa, en G.L. Kleiman y M.M. Weissman (eds.): *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A. y Peveler, R.C., (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fairburn, C. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54,509-517.

- Fairburn, C.G., Welch, S.L., Doll, H.A., Davies, B.A. y O'Connor, M.E.(1997) Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54:509-517.
- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A. y Welch, S.L. (1999) Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56:468-476.
- Fairburn, C.G. y Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Feighner, J., Robins, E., Guze, S. y cols. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26:57-63.
- Festinger, L. (1954) A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7:117-140.
- Field, A.E., Camargo, C.A., Taylor, C.B., Berkey, C.S., Roberts, S.B. y Colditz, G.A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*;107:54-60.
- Field, A.E., Austin, S.B., Taylor, C.B., Malspeis, S., Rosner, B., Rockett, H.R. y cols. (2003). Relation between dieting and weight changes among preadolescents and adolescents. *Pediatrics*, 112:900-906.
- Fichter, M.M. y Quadfleig, N. (1999). Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 359- 385.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia Nervosa. No evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, 166, 462-471.
- Fombonne, E. (1996). Is Bulimia Nervosa increasing in frequency?. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 287-296.
- Gard, M.C.E. y Freeman CP (1966). The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20:1-12.
- Garner, R.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Garner, D.M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M.V., Olmsted, M.P. y Eagle, M. (1993) Comparison of cognitive- behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150(1):37-46.
- Gardner, R.M., Stark, K., Friedman, B.N. y Jackson, N.A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*,49:199-205.
- Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Davis, R. y Katzman, D.K.(2000) Comparison of family therapy and family group psychoeducation in adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Psychiatry*, 45(2):173-8.

- Gerbasí, M.E., Richards, L.K., Thomas, J.J., Agnew-Blais, J.C., Thompson-Brenner, H., Gilman, S.E. y Becker, A.E. (2014). Globalization and Eating Disorder Risk: Peer Influence, Perceived Social Norms, and Adolescent Disordered Eating in Fiji. *International Journal of Eating Disorders*, 47:7 727–737.
- Ghaderi, A. y Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 104, 122-130.
- Gil García, E., Ortiz Gómez, T. y Fernández Soto M.L. (2007). Perfiles sociales, alimentación y predicción de trastornos de la alimentación en adolescentes urbanos andaluces. *Atención Primaria*. (1):7-13.
- Gotlib, I.H., y Harman, C. (1992). Psychological aspects of depression. Toward a cognitive-interpersonal integration. Chinchester: *John Wiley & Sons*.
- Gowers, S., Norton, K., Halek, C. y Crisp, A.H. (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 165-177.
- Graber, J.A., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R.L. y Warren, M.P.(1994). Prediction of eating problems: An 8-year study of adolescent girls. *Developmental Psychology*, 30:823–834.
- Griffiths, R.A., Hadzi-Pavlovic, D. y Channon-Little, L. (1994) A controlled evaluation of hypnobehavioural treatment for bulimia nervosa: Immediate pre-post treatment effects. *European Eating Disorders Review*, 2:202-20.
- Guerrero-Prado, D.; Barjau, R y Chinchilla, M. (2001). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria e influencia mediática: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6):403-410.
- Halmi, K.A., Brondland, G. y Rigas, C. (1975). A follow-up study of 79 patients with anorexia nevosa: An evaluation of prognostic factors and diagnostic criteria. *Life Hist Res Psychopathol*, 4:290-301.
- Halmi, K.A., Casper, R.C., Eckert, E.D., Goldberg, S.C. y Davis, J.M. (1979). Unique features associated with age of onset of anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 1:209-2015
- Halmi, K.A. (2005). Psychopathology of Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S20–S21
- Hartmann, A.S., Czaja, J., Rief, W. y Hilbert A. (2012). Psychosocial Risk Factors of Loss of Control Eating in Primary School Children: A Retrospective Case-Control Study. *International Journal of Eating Disorders*, 45:6 751–758
- Haynos, A.F., Field, A.E., Wilfley, D.E. y Tanofsky-Kraff, M. (2015). A Novel Classification Paradigm for Understanding the Positive and Negative Outcomes Associated with Dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 48:4 362–366

- Harden, K.P., Kretsch, N., Moore, S.R. y Mendle J. (2014). Descriptive Review: Hormonal Influences on Risk for Eating Disorder Symptoms During Puberty and Adolescence. *International Journal of Eating Disorders*, 47:7 718–726.
- Hare, T.A., Camerer, C.F. y Rangel, A. (2009) Self-control in decision-making involves modulation of the vmPFC valuation system. *Science*, 324:646–648.
- Hay, P. (2007). Understanding bulimia. *Australian Family Physician*, 36, 708-713.
- Heather-Shaw, Ph.D., Stice, E. y Black, B.C. (2009). Preventing eating disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin*. 18(1): 199-207.
- Hebebrand, J., Himmelman, G., Herzog, W., Herpertz-Dahlmann, B.M.,Steinhausen, H.C., Amstein, M., Seidel, R., Deter, C., Remschmidt, H. y Schäfer, H. (1997). Prediction of low body weight at longterm follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight al referral. *American Journal of Psychiatry*, 154, 566-569.
- Herpertz-Dahlmann, B.M., Wetzer, C., Schultz, E. Y Remschmidt, H. (1996). Course and outcome in adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 335-344.
- Herzog, D.B., Kelle r, M., Strober, M., Yeh, C. y Pai, S. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810 - 818.
- Hoek, H.W. y Van, H.D. (2003). Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34:383–39
- Hoffman, L. (1981). *Foundation of Family Therapy: A Conceptual Framework for Systems Change*. Basic Books, Nueva York.
- Hoffman, L. y Halmi, K. (1993) Psychopharmacology in the treatment of anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 6: 767-778.
- Hsu, L.K.G. (1990). The treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 143, 573-581.
- Hsu, L.K.G. (1997). Can dieting cause an eating disorder? *Psychological Medicine*, 27, 509–513.
- Ioannou, K. y Fox, J.R.E. (2009). Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 339-347.
- Jansen, A., Broekmate, J. y Heymans, M. (1992). Cue-exposure vs. Selfcontrol in the treatment of binge eating: a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 235-241.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H.C. y Agras, W.S.(2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psycholgical Bulletin*, 130:19–65.

- Jacobi, C., Morris, L., Beckers, C., Bronisch-Holtze, J., Winter, J., Winzelberg, A.J. y cols.(2007). Maintenance of internet-based prevention: a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 40(2):114-9.
- Jacobi, C., Fittig, E., Bryson, S.W., Wilfley, D., Kraemer, H.C. y Taylor, C.B.(2011) Who is really at risk? Identifying risk factors for subthreshold and full syndrome eating disorders in a high-risk sample. *Psychological Medicine*, 41:1939–1949.
- Johnson, W.G., Tsoh, J.Y., Varnado, P.J. (1996) Eating disorders: efficacy of pharmacological and psychological interventions. *Clinical Review*, 6: 457-478.
- Jones, M., Luce, K.H., Osborne, M.I., Taylor, K., Cunnig, D., Doyle, A.C. y cols. (2008). Randomized, controlled trial of an internet-facilitated intervention for reducing binge eating and overweight in adolescents. *Pediatrics*. 121(3):453-62.
- Keel, P.K. y Klump, K.L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129:747–769.
- Keel, P.K., Forney, K.J., Brown, T.A. y Heatherton, T.F.(2013). Influence of college peers on disordered eating in women and men at 10-year follow-up. *Journal of Abnormal Psychology*, 122:105–110.
- Keel, P.K., Heatherton, T.F., Dorer, J., Joiner, T.E. y Zalta, A.K. .(2013). Point prevalence of bulimianervosa in 1982, 1992 and 2002. *Psychological Medicine*, 36, 119-127.
- Keel, P.K. y Forney, K.J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46:5 433–439 .
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L. y cols. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls; A three-year retrospective analys. *International Journal of Eating Disorders* 16:227-238.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Haydel, K.F., Wilson, D.M., Hammer, L. y cols. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64:936–940.
- Kim, J.H. y Lennon, S.J. (2007). Mass media and self-esteem, body image, and eating disorder tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*, 25, 3-23.
- Klerman, G.L.; Weissman, M.M.; Rounsaville, B.J., y Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic Books.
- Klump, K.L., Suisman, J.L., Burt, S.A., McGue, M. y Iacono, W.G. (2009) Genetic and environmental influences on disordered eating: An adoption study. *Journal of Abnormal Psychology*, 118 (4): 797-805.

- Klump, K.L., Keel, P.K., Sisk, C.L. y Burt, S.A. (2010). Preliminary evidence that estradiol moderates genetic influences on disordered eating attitudes and behaviors during puberty. *Psychological Medicine*, 40:1745–1753.
- Lázaro, L. (1999). “Epidemiología y factores socioculturales”. *JANO Medicina y humanidades, Educación médica y continuada en atención primaria*. LVI, 49-54.
- Lee, J.M., Appugliese, D., Kaciroti, N., Corwyn, R.F., Bradley, R.H. y Lumeng, J.C. (2007). Weight status in young girls and the onset of puberty. *Pediatrics* ;119:e624–e630.
- Le Grange, D., O'Connor, M., Hughes, E.K., Macdonald, J., Little, K. y Olsson C.A. (2014). Developmental Antecedents of Abnormal Eating Attitudes and Behaviors in Adolescence. *International Journal of Eating Disorders* 47:7 813–824.
- Levine, M.P. (1987). Student eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia. *Washington, DC: National Education Association*.
- Lewinsohn, P.M., Striegel-Moore, R.H. y Seeley, J.R. (2000) Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to Young adulthood. *Journal of American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 39:1284–1292.
- López, C. y Treasure, J. (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo .*Rev. Med. Clin. Condes* - 22(1) 85-97.
- Lucas, A.R., Beard, R.N. y O,Fallon, W.M. y cols 1988). Anorexia Nervosa in Rochester, Minnesota: a 45 year study. *Mayo Clin Proc* ; 63: 433-442.
- Mann, T., Nolen-Hoeksema, S., Huang, K., Bugard, D., Wright, A y Hanson, K. (1997) Are two interventions worse than none? Joint primary and secondary prevention of eating disorders in college females. *Health Psychology*, 16, 215-225.
- Marek, R.J., Ben-Porath, D.D., Wisniewski, L., Warren, M. (2013). Targeting Premeal Anxiety in Eating Disordered Clients and Normal Controls: A Preliminary Investigation into the Use of Mindful Eating vs. Distraction During Food Exposure. *International Journal of Eating Disorders*, 46:6 582–585.
- Marshall, W.A. y Tanner, J.M.(1970). Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Archives Dis Child* 45:13–23.
- Martín, E. (1995). De los objetivos de la prevención a la “prevención por objetivos”. En Becoña, A. Rodríguez e I. Salazar (coord.), *Drogodependencias. IV. Prevención* (pp. 51-74). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Matusek, J.A.; Wendt, S.J. y Wiseman, C.V. (2004). Dissonance thin-ideal and didactic healthy behavior eating disorder prevention programs: results from a controlled trial. *Wiley Periodicals, Inc*.

- McCabe, M.P. y Ricciardelli, L.A. (2004) A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 39:145–166.
- McIntosh, V., Jordan, J., Carter, F. (2005) Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162 (4):741-7.
- Mellor, D., McCabe, M., Ricciardelli, L. y Merino, M.E. (2008). Body dissatisfaction and body change behaviors in Chile: The role of sociocultural factors. *Body Image*, 5 (2): 205-15.
- Merikangas, K.R., He, J.P., Brody, D., Fisher, P.W., Bourdon, K. y Koretz, D.S. (2010) Prevalence and Treatment of Mental Disorders Among US Children in the 2001-2004 *Pediatrics* 125 (1): 75-81.
- Meyer, C. y Waller, G.(2001) Social convergence of disturbed eating attitudes in young adult women. *J Nerv Ment Dis* ;189:114– 119.
- Miller, W.H. (1977). *Systematic Parent Training*. Research Press, Champaign (III).
- Minuchin, S. (1970). The use of an ecological framework in the treatment of a child. *The Child in his Family*. John Wiley, Nueva York.
- Mitchell, J.E., Pyle, R.L., Eckert, E.D., Hatsukami, D., Pomeroy, C. y Zimmerman, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47(2):149-57.
- Morandé, G. (1990). Trastornos de la alimentación en niños y adolescentes. En Romero A.I. & Fernández, A. Salud mental. *Formación continuada en Atención Primaria*. Madrid: IDEPSA
- Morandé, G. (1995). Atención de la Anorexia y la Bulimia Nerviosa ¿Dónde, quién, cómo? Madrid: *Adaner*.
- Morandé, G. y Casas. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*, 2, 243-260.
- Morandé, G. (1998). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. ¿Una epidemia?. *Anales Españoles de Pediatría*, 48, 229-232.
- Moreno, A.B. y Thelen, M.H. (1993). A primary prevention programme for eating disorders in a junior high school population. *Journal of Youth and Adolescence*, 22, 109-124.
- Morgan, H.G. y Russell, G.F.M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long term outcome in anorexia nervosa: four year follow study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5:355-371.
- Moriarty, D., Shore, R. y Maxim, N. (1990). Evaluation of an eating disorder curriculum. *Evaluation and Programme Planning*, 13, 407-413.
- Nevonen, L. y Norring, C. (2004). Socio-economic variables and eating disorders: A comparison between patients and normal controls. *Eating and Weight Disorders*, 9:279–284.

- Neumark-Sztainer, D.N.; Wall, M.; Story, M.; Sherwood, N.E. (2009) Five-Year longitudinal predictive factors for disordered eating in a population-based sample of overweight adolescents: implications for prevention and treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 42:7 664–672 2009.
- Olmsted, M.P., Davis, R., Garner, D.M., Eagle, M., Rockert, W., e Irvine, M.J. (1991). Efficacy of a brief group psychoeducational intervention for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 71-83.
- O'Brien, K.M. y Vincent, N.K. (2003) Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships. *Clinical Psychology Review*, 23:57–74.
- O.M.S. (1992). CIE-10. *Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Ginebra, 2004. Disponible en:
http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
- Pascual, I., Etxebarria, I., Cruz, M.S., Echeburúa, E. (2011) *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11 (2) 229-247.
- Paxton, S.J. (1993). A prevention programme for disturbed eating and body dissatisfaction in adolescent girls: a one year follow-up. *Health Education Research*, 8, 43-51.
- Paxton, S.J., Eisenberg, M.E. y, Neumark-Sztainer, D.N. (2006). D. Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42: 888–899.
- Peláez, M.A., Ruiz-Lázaro, P.M., Labrador, F.J. y Raich R.M. (2014) Validación del Eating Attitudes Test como instrumento de cribado de trastornos de la conducta alimentaria en población general. *Medicina Clínica* 142 (4) 153-155.
- Perpiñá, C., Hemsely, D., Treasure, J., y De Silva, P. (1993). Is the selective information processing of food and body words specific to patients with eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 14, 359-366.
- Peterson, C.B. y Michel, J.E. (1999). Psychosocial and pharmacological treatment of eating disorders: A review of research findings. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 685-697.
- Pike, K.M., y Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100,198–204.
- Pike, K.M., Walsh, B.T., Vitousek, K., Wilson, G.T. y Bauer, J. (2003). Cognitive behavior therapy in the posthospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 60(11):2046-9.

- Piran, N. (2001). Reinhabiting the body from the inside out: Girls transform their school environment. In: Tolman DL, Brydon-Miller M, editors. *From Subjects to Subjectivities: A Handbook of Interpretive and Participatory Methods*. New York: New York University Press, pp. 218–238.
- Pope, H.G., Champoux, R.F. y Hudson, J.I. (1978). Eating disorder and socioeconomic class. Anorexia nervosa and bulimia in nine communities. *J Nerv Ment Dis* ;175: 620-3.
- Portela de S, M.L, Costa R.J., Mora, M. y Raich, R.M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutr Hosp*. 27(2):391-401
- Racine, S.E., Burt, S.A., Iacono, W.G. y McGue, M. y Klump, K.L. (2001). Dietary restraint moderates genetic risk for binge eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 (1): 119-28.
- Raich, R.M., Deus, J., Muñoz, M.J., Pérez, O. y Requena, A. (1991). Estudio de las actitudes alimentaria en una muestra de adolescentes. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 18, 305-315.
- Raich, RM: Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios. *Pirámide*, Madrid, 1994.
- Reas, D.L., Williamson, D.A., Martin, C.K. y Zucker, N.L. (2000). Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term follow-up study. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 428-434.
- Ratnasuriya, R.H., Eisler, I., Szmukler, G.I. y Russell, G.F.M. (1991). Anorexia nervosa: Outcome and prognosis factors after 20 years. *British Journal of Psychiatry*, 158, 495-502.
- Ricciardelli LA, McCabe MP, Banfield S (2000) Sociocultural influences on body image and body change methods. *Journal of Adolescent Health*, 26:3–4
- Richardson, T., Elliot, P., Waller, G. y Bell, L. (2015). Longitudinal Relationships between Financial Difficulties and Eating Attitudes in Undergraduate Students. *International Journal of Eating Disorders*, 48:5 517–521.
- Robin, A.L., Siegel, P.T., Koepke, T, Moye, A.W. y Tice S. (1994). Family therapy versus individual therapy for adolescent females with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr*. 15(2):111-6.
- Roehring, M., Thompson, J.K., Brannick, M. y Berg, P.Vd. (2006). Dissonance-based eating disorder prevention program: a preliminary dismantling investigation. *International Journal of Eating Disorders* 39:1–10.
- Rohde, P., Auslander, B.A, Shaw, H., Raineri, K.M., Gau, J.M. y Stice, E. (2014). Dissonance-based Prevention of Eating Disorder Risk Factors in Middle School Girls: Results from Two Pilot Trials. *International Journal of Eating Disorders* 47:483–494).
- Ruiz Lázaro, P.M. (1999). Trastornos alimentarios en varones. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, (3): 160-166.

- Ruiz-Lázaro, P.M., Comet, M.P., Calvo, A.I., Zapata, M., Cebollada, M. y Trébol, L. (2010). Prevalencia de los trastornos alimentarios en estudiantes adolescentes tempranos *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(4):204-211.
- Russell, G.F.M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9: 429-448.
- Saldaña, G.C (1994). “Bulimia nerviosa” En *Trastornos del comportamiento alimentario*. (pp.77-105). Madrid: Fundación universidad empresa.
- Saldaña, G.C. (1994). “Anorexia nerviosa” En *Trastornos del comportamiento alimentario*. (pp.109-139). Madrid: Fundación universidad empresa.
- Saldaña, G.C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*. Vol. 13, 3, 381-392.
- Santonastaso, P., Zanetti, T., Ferrara, S., Olivotto, M.C., Magravita, N. y Favaro, A. (1999). A preventive intervention program in adolescent schoolgirls: a longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 46-50.
- Sargent, J., Liebman, R. y Silver, M. (1985). Family therapy for anorexia nervosa. *Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia*. Guilford Press, Nueva York.
- Scime, M., Cook-Cottone, C. (2008). Primary prevention of eating disorders: a constructivist integration of mind and body strategies. *International Journal of Eating Disorders*, 41:134–142.
- Scheinberg, Z., Bleich, A., Koslovsky, M., Apter, A., Mark, M., Kotler, B.M. y Danon, Y.L. (1992). Prevalence of eating disorders among female Israel defence force recruits. *Harefuah*, 123:73-8, 156.
- Schmidt, U., Tiller, J. y Treasure, J. (1993). Self-treatment of bulimia nervosa: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 273 - 277.
- Schmidt, U. (2002). Risk factors for eating disorders. In C.G. Fairburn & K.D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (2nd ed., pp. 247–251). New York: Guilford Press.
- Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I. y cols. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behavior therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(4):591-8.
- Shafran, R., Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (2003) “Clinical perfectionism” is not “multidimensional perfectionism”: A reply to Hewitt, Flett, Besser, Sherry & McGee. *Behaviour Research and Therapy*, 41:1217–1220.
- Shisslak, C.M., Crago, M., Estes, L.S. y Gray, N. (1996): Content and method of developmentally appropriate prevention programs. En L. Smolak., M.P., Levine, y R. Striegel-Moore (Eds.) *The*

- developmental psychopathology of eating disorders (implications for research, prevention and treatment)*. Nueva Jersey, LEA Publishers.
- Slane, J.D., Klump, K.L., McGue, M. y Iacono, W.G. (2014). Developmental trajectories of disordered eating from early adolescence to young adulthood: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 47:7 793–801.
- Smolak, L., Levine, M.P. y Shermer, F. (1998). A controlled evaluation of an elementary school primary prevention program for eating problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 339-353.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J. y Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365-371.
- Steinhausen, H., Gavez, S. y Metzke, C.W. (2005) Psychosocial correlates, outcome, and stability of abnormal adolescent eating behavior in community samples of young people. *International Journal of Eating Disorders*, 37:119–126.
- Steinhausen, H. y Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1331-1341
- Steinhausen, H.C., Jakobsen, H., Helenius, D., Munk-Jorgensen, P. y Strober, M. (2015). A Nation-Wide Study of the Family Aggregation and Risk Factors in Anorexia Nervosa over Three Generations. *International Journal of Eating Disorders*, 48:1 1–8
- Steinglass, J., Foerde, K., Kostro, K., Shohamy, D. y Walsh T.B. (2015). Restrictive Food Intake as a Choice. A Paradigm for Study. *International Journal of Eating Disorders*, 48:1 59–66
- Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 36:931–944.
- Stice, E. (2002) Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128:825–848.
- Stice, E., Shaw, H., y Marti, C.N. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annals Rev Clin Psychol* ;3:207–231. www.annualreviews.org.
- Stice, E., Marti, C.N., Spoor, S., Presnell, K. y Shaw, H. (2008). Dissonance and healthy weight eating disorder prevention programs: long-term effects from a randomized efficacy trial. *J Consult Clin Psychol* 76(2):329-40.
- Stice E, Rohde P, Shaw H, Marti N. (2012). Efficacy trial of a selected prevention program targeting both eating disorder symptoms and unhealthy weight gain among female college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80:164–170.
- Stice, E., Marti, C. y Rohde, P. (2013) Prevalence, incidence, impairment and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of Abnormal Psychology*, 122:445–457.

- Stice, E., Becker, C.B. y Yokum, S. (2013). Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. *International Journal of Eating Disorders* 46:478–485.
- Stice, E., Durant, S., Rohde, P. y Shaw H (2014). Efectos de un programa prototipo en internet basado en la disonancia en la prevención de los TCA con 1 y 2 años de seguimiento. *Health Psychology* , Vol. 33, No. 12, 1558–1567. American Psychological Association
<http://dx.doi.org/10.1037/hea0000090>
- Stoeber, J., Otto, K. y Dalbert, C. (2009). Perfectionism and the Big Five: Conscientiousness predicts longitudinal increased in self-oriented perfectionism. *Pers Individ Diff* ;47:363–368.
- Streigel-Moore, R.H. (1993). *Etiology of binge eating: A developmental perspective*. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. New York: Guilford, pp. 144–172.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J. y Kaye, W. (2000) Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 157: 393–401.
- Sullivan, P.F. (1995) Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152:1073–1075.
- Szabo, P., Tury, F. (1994). Complications of eating disorders. *Orv Hetil* 135:1067-72.
- Swanson, S.A., Crow, S.J., Le, G.D., Swendsen, J. y Merikangas, K.R. (2011). Prevalence and Correlates of Eating Disorders in Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Archives of General Psychiatry*, 68: 714-723.
- Swanson, S.A., Aloisio, K.M., Horton, N.J., Sonnevile, K.R., Crosby, R.D., Eddy, K.T., Field, A.E. y Micali, N. (2014) Assessing Eating Disorder Symptoms in Adolescence: Is There a Role for Multiple Informants? *International Journal of Eating Disorders*, 47:5 475–482 2014
- Shaw, H. y Stice E., (2004). Revisión de programas de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. *Psicología conductual: revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 12 (3):577-603.
- Tanofsky-Kraff, M., Goossens, L., Eddy, K.T., Ringham, R., Goldschmidt, A., Yanovski, S.Z. y cols. (2007). A multisite investigation of binge eating behaviors in children and adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75:901–913.

- Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L.B., Olsen, C., Rozan, C.A., Wolkoff, L.E., Columbo, K.M. y cols. (2011) A prospective study of pediatric loss of control eating and psychological outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 120:108–118
- Theander, S. (1970). Anorexia nervosa. A psychiatric investigation of 94 females cases. *Acta Psychiatrica Scan.* 214: (supl) 1-19.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Treasure, J.L., Schmidt, U., Troop, N., Tiller, J., Todd, G., Keilen, M. y cols. (1994) First step in managing bulimia nervosa: Controlled trial of a therapeutic manual. *British Medical Journal*, 308:686-9.
- Treasure, J.L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G. y De Silva, P. (1999) Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37:405-18.
- Turón, J., Fernández, F., Vallejo, J. (1992). Anorexia nerviosa: variables demográficas y clínicas en 107 casos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina Barcelona*, 19:9-15.
- Van Son, G.E., Van Hoeken, D., Bartelds, A.I.M, van Furth, E.F., Hoek, H.W. (2006). Time trends in the incidence of eating disorders: A primary care study in The Netherlands. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (7): 565-9.
- Vandereycken, W. y Pierloot, R. (1980). Criteria for research in anorexia nervosa. Istanbul: 13^a *European Conference on Psychosomatic Research*.
- Vandereycken, W., Castro, J., Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia. La familia en su genesis y tratamiento*. Martínez Roca. Barcelona.
- Vandeycken, W. y Noordenbos, G. (1998). The prevention of eating disorders. *New York. University Press*. Washington Square, New York.
- Villena, J. y Castillo, M. (1999). La prevención primaria de los trastornos de alimentación. *Anuario de Psicología*, 30, nº2, 131-143.
- Waller, D., Fairburn, C.G., McPherson, A., Kay, R., Lee, A. y Nowell, T. (1996). Treating bulimia nervosa in primary care: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 99-103.

- Waller, D. (1997). Dropout and failure to engage in individual outpatient cognitive-behavior therapy for bulimic disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 205-211.
- Waller, G. (2005). Treatment of bulimia nervosa. *Psychiatry*, 4:4.
- Warschburger, P., Helfert, S. y Krentz, E.M. (2011). POPS: a school-based prevention programme for eating disorders. *Journal Public Health*, 19: 367-376.
- Watson, H.J., Fursland, A. y Byrne, S. (2013). Treatment Engagement in Eating Disorders: Who Exits Before Treatment? *International Journal of Eating Disorders*, 46:6 553–559.
- Wilfley, D.E., Agras, W.S., Telch, C.F., Rossiter, E.M., Schneider, J.A., Cole, A.G. y cols. (1993). Group cognitivebehavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: a controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2):296-305.
- Wilksch, S.M., Tiggemann, M. y Wade, T.D. (2006). Impact of interactive school-based media literacy lessons for reducing internalization of media ideals in young adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders*, 39(5):385-93.
- Wilson, G.T., Rossiter, E., Kleifield, R.I. y Lindholm, L. (1986). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: a controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 277-288.
- Wilson, G.T., Eldredge, K.L., Smith, D., y Niles, B. (1991) Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research and Therapy*, 29: 575-583.
- Wilson, G.T., Loeb, K.L., Walsh, B.T., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X.Y. Waternaux, C. (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nerviosa: Predictors and processes of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 451-459.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.C., Agras, W.S., Walsh, B.T. y Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2):267-74.
- Williamson, D.A., White, M.A., York-Crowe, E. y Stewart, T.M. (2004). Cognitive-behavioral Theories of Eating Disorders. *Behavior Modification*. Vol. 28 N 6, 711-738.
- Woerwag-Mehta, S. y Treasure, J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry*. 7,147-151.

Referencias bibliográficas

Wood, A., Waller, G., y Gowers, S. (1994). Predictors of eating psychopathology in adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 2, 6–13.

Zalta, A.K. y Kee, P.K. (2006) Peer influence on bulimic symptoms in college students. *Journal of Abnormal Psychology*, 115:185–189.

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE PRESENTACIÓN A LOS CENTROS

CARTA DE PRESENTACIÓN A LOS CENTROS

Nombre del destinatario

Puesto que ocupa en el centro de enseñanza

Nombre del centro de enseñanza

Dirección postal del centro

Estimado/a director/a:

Me dirijo a usted con el fin de solicitar su colaboración en el “*Programa de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*” desarrollado el proyecto inicialmente desde la Universidad Complutense de Madrid (Facultad de Psicología) y finalizando su aplicación desde la Universidad Autónoma de Madrid (Facultad de Educación).

La presente investigación pretende prevenir las actitudes y comportamientos que llevan a desarrollar síntomas asociados con los trastornos de la conducta alimentaria. La necesidad de tener un cuerpo perfecto, lleva a los preadolescentes a hacer dietas, incluso cuando su peso se considera normal. Esta práctica puede afectar al crecimiento y al desarrollo, eleva su riesgo de padecer fatiga, baja autoestima, y trastornos de la alimentación, entre otros. Por este motivo, hemos desarrollado un programa de cinco sesiones, cuyo objetivo es promocionar una imagen corporal saludable, así como prevenir los hábitos nutricionales insanos y técnicas para afrontar los problemas.

El programa ha sido diseñado para alumnos escolarizados en 1º y 2º de la ESO, y se desarrolla a lo largo de dos sesiones de evaluación (inicial y final), y tres sesiones de formación centradas en trabajar actitudes ante la comida y ejercicio, manejo de la presión cultural, relación con los iguales y manejo de conflictos. Cada sesión consta de una hora de duración, impartida con una frecuencia semanal.

Solicitamos su participación en el estudio, y nos comprometemos a informarle de los resultados del mismo.

Gracias de antemano por la atención recibida.

Un cordial saludo,

Fdo: _____

Tlfn. _____

ANEXO B - FICHA DE DATOS DE ELABORACIÓN PROPIA

A continuación hay una serie de preguntas para conocer tu opinión en temas
como la imagen o alimentación.

NO hay respuestas buenas ni malas. Tan sólo nos gustaría saber cuáles son tus
experiencias en estos temas. Lo realmente importante es que contestes con
sinceridad. La información que nos des es estrictamente CONFIDENCIAL.

Marca la respuesta que consideres más adecuada.

Recuerda que tus respuestas son completamente confidenciales.

Muchas gracias por colaborar en este estudio.

1. Sexo:

- ☐ Hombre.
- ☐ Mujer.

2. Edad:

- ☐ 11
- ☐ 12
- ☐ 13
- ☐ 14
- ☐ 15
- ☐ 16

3. Curso:

- ☐ 1 ESO
- ☐ 2 ESO
- ☐ 3 ESO
- ☐ 4 ESO

4. Clase o grupo:

- ☐ A
- ☐ B
- ☐ C
- ☐ D
- ☐ E
- ☐ F

5. Colegio:

- ☐ Moratalaz
- ☐ Getafe
- ☐ Madrid
- ☐ Alcobendas
- ☐ Otros

6. Nota media del último curso:

- ☐ Sobresaliente.
- ☐ Notable.
- ☐ Aprobado.
- ☐ Suspenso

7. Profesión del padre:

- ☐ Trabaja
- ☐ Trabaja en tareas de la casa.
- ☐ Parado.
- ☐ Jubilado/pensionista.
- ☐ No lo sé.

8. Estudios más altos del padre:

- ☐ Sin estudios o estudios primarios sin terminar
- ☐ Estudios primarios terminados
- ☐ Formación profesional o bachiller
- ☐ Estudios universitarios.
- ☐ No lo sé.

9. Edad del padre: (menos de 30, numeración del 30 al 60, más de 60).

10. Profesión de la madre:

- ☐ Trabaja
- ☐ Trabaja en tareas de la casa.
- ☐ Parada.
- ☐ Jubilada/pensionista.
- ☐ No lo sé.

11. Estudios más altos de la madre:

- ☐ Sin estudios o estudios primarios sin terminar
- ☐ Estudios primarios terminados
- ☐ Formación profesional o bachiller
- ☐ Estudios universitarios.
- ☐ No lo sé.

12. Edad de la madre: (menos de 30, numeración del 30 al 60, más de 60).

13. Número de hermanos (incluido tú): _____

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ Más de 5.

14. Peso (en kilos)

15. Altura (en cm)

16. ¿Cómo consideras tu peso?:

- ☐ Normal.
- ☐ Por debajo de lo normal.
- ☐ Por encima de lo normal.

17. ¿Cómo consideras tu altura?:

- ☐ Normal.
- ☐ Por debajo de lo normal.
- ☐ Por encima de lo normal.

18. Señala las comidas que sueles hacer un día normal

- ☐ Desayuno.
- ☐ Almuerzo.
- ☐ Comida.
- ☐ Merienda.
- ☐ Cena.

19. ¿Practicas algún deporte?

- ☐ Sí.
- ☐ No.

20. ¿Qué deporte practicas?

- ☐ Deporte de equipo (fútbol, baloncesto, etc.)
- ☐ Natación.
- ☐ Ballet o gimnasia rítmica.
- ☐ Atletismo.
- ☐ Otros.

21. ¿Cuántas horas a la semana dedicas para hacer deporte?

- ☐ Una o dos horas.
- ☐ De tres a seis horas.
- ☐ Más de seis horas.

22.¿Cuándo ves la televisión?:

- ☐ Sólo los fines de semana.
- ☐ Todos los días.
- ☐ Algunas veces.
- ☐ Nunca.

23.¿Cuánto tiempo ves la televisión al día?:

- ☐ Una hora.
- ☐ Dos horas.
- ☐ Tres o más horas.
- ☐ Nunca.

24.¿Cuál es tu programa preferido de televisión?

- ☐ Documentales
- ☐ Reality shows
- ☐ Películas.
- ☐ Series.
- ☐ Noticias.
- ☐ Otros.
- ☐ Ninguno.

**ANEXO C - INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME
ESPECÍFICOS PARA EVALUAR TCA**

Anexo C. Instrumentos de autoinforme específicos

EAT-40

- ☐ NUNCA
- ☐ CASI NUNCA
- ☐ ALGUNAS VECES
- ☐ BASTANTES VECES
- ☐ CASI SIEMPRE
- ☐ SIEMPRE

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.
6. Me preocupa mucho por la comida.
7. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej., pan, arroz, patatas, etc.)
11. Me siento lleno/a después de las comidas.
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
13. Vomito después de haber comido.
14. Me siento culpable después de comer.

15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
17. Me peso varias veces al día.
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
19. Disfruto comiendo carne.
20. Me levanto pronto por las mañanas.
21. Cada día como los mismos alimentos.
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
23. Tengo la menstruación regular.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
26. Tardo en comer más que las otras personas.
27. Disfruto comiendo en restaurantes.
28. Tomo laxantes (purgantes)
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.
30. Como alimentos de régimen.
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.
32. Me controlo en las comidas.
33. Noto que los demás me presionan para que coma.
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
35. Tengo estreñimiento.
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.

37. Me comprometo a hacer régimen.

38. Me gusta sentir el estómago vacío.

39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.

40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

**ANEXO D - INSTRUMENTOS DE AUTOINFORME QUE
MIDEN ASPECTOS RELACIONADOS CON LOS TCA**

Anexo D. Instrumentos de autoinforme que miden aspectos relacionados con los TCA

CIMEC

☐ Sí, mucho.

☐ Sí, algo.

☐ No, nunca.

1. Me gusta comer con otras personas.
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.
6. Me preocupo mucho por la comida.
7. A veces me he “atracado” de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej., pan, arroz, patatas, etc.)
11. Me siento lleno/a después de las comidas.
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.
13. Vomito después de haber comido.
14. Me siento culpable después de comer.
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.

16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.
17. Me peso varias veces al día.
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.
19. Disfruto comiendo carne.
20. Me levanto pronto por las mañanas.
21. Cada día como los mismos alimentos.
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
23. Tengo la menstruación regular.
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
26. Tardo en comer más que las otras personas.
27. Disfruto comiendo en restaurantes.
28. Tomo laxantes (purgantes)
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.
30. Como alimentos de régimen.
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.
32. Me controlo en las comidas.
33. Noto que los demás me presionan para que coma.
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
35. Tengo estreñimiento.
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
37. Me comprometo a hacer régimen.

Anexo D. Instrumentos de autoinforme que miden aspectos relacionados con los TCA

38. Me gusta sentir el estómago vacío.

39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.

40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.

BSQ (Body Shape Questionnaire)

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en las cuatro últimas semanas.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Raramente	Alguna vez	A menudo	Muy a menudo	Siempre

Cuando te has aburrido ¿te has preocupado por tu figura?.....1 2 3 4 5 6

¿Te has preocupado tanto por tu figura que has pensado que tendrías que ponerte a dieta? 1 2 3 4 5 6

¿Has pensado que tenías los muslos, caderas o nalgas demasiado grandes en relación con el resto del cuerpo?1 2 3 4 5 6

¿Has tenido miedo a engordar?1 2 3 4 5 6

¿Te ha preocupado que tu carne sea lo suficientemente firme?1 2 3 4 5 6

Sentirte llena (después de una gran comida), ¿te ha hecho sentir gorda?1 2 3 4 5 6

¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llegado a llorar?1 2 3 4 5 6

¿Has evitado correr para que tu carne no botara?1 2 3 4 5 6

Estar con chicas delgadas, ¿te ha hecho fijarte en tu figura?1 2 3 4 5 6

¿Te ha preocupado que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?1 2 3 4 5 6

El hecho de comer poca comida, ¿te ha hecho sentir gorda?1 2 3 4 5 6

Al fijarte en la figura de otras chicas, ¿la has comparado con la tuya desfavorablemente?1 2 3 4 5 6

Pensar en tu figura, ¿ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando miras la TV, lees o mantienes una conversación)?1 2 3 4 5 6

Estar desnuda, (por ej., cuando te duchas), ¿te ha hecho sentir gorda?1 2 3 4 5 6

Anexo D. Instrumentos de autoinforme que miden aspectos relacionados con los TCA

¿Has evitado llevar ropa que marque tu figura?1 2 3 4 5 6

¿Te has imaginado cortando partes gruesas de tu cuerpo?1 2 3 4 5 6

Anexo D. Instrumentos de autoinforme que miden aspectos relacionados con los TCA

Comer dulces, pasteles u otros alimentos con muchas
calorías te ha hecho sentir gorda?1 2 3 4 5 6

¿Has evitado ir a actos sociales, (por ej., una fiesta)
porque te has sentido mal con tu figura?1 2 3 4 5 6

¿Te has sentido excesivamente gorda o redondeada?1 2 3 4 5 6

¿Te has sentido acomplejada por tu cuerpo?1 2 3 4 5 6

Preocuparte por tu figura, ¿te ha hecho poner a dieta?1 2 3 4 5 6

¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando
tu estómago estaba vacío (por ej., por la mañana?1 2 3 4 5 6

¿Has pensado que la figura que tienes es debida a tu
falta de autocontrol?.....1 2 3 4 5 6

¿Te ha preocupado que otra gente vea michelines alrededor
de tu cintura o estómago?1 2 3 4 5 6

¿Has pensado que no es justo que otras chicas
sean más delgadas que tú?1 2 3 4 5 6

¿Has vomitado para sentirte más delgada?1 2 3 4 5 6

Cuando estás con otras personas, ¿te has preocupado ocupar
demasiado espacio (por ej., sentándote en un sofá o en el autobús?1 2 3 4 5 6

¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto
de piel de naranja (celulitis)?1 2 3 4 5 6

Verte reflejada en un espejo o en un escaparate,
¿te ha hecho sentir mal por tu figura?1 2 3 4 5 6

¿Te has pellizcado zonas del cuerpo para ver cuanta grasa tenías?1 2 3 4 5 6

Anexo D. Instrumentos de autoinforme que miden aspectos relacionados con los TCA

¿Has evitado situaciones en las que la gente pudiese ver
tu cuerpo (por ej., en vestuarios comunes de piscinas o duchas)?1 2 3 4 5 6

¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?1 2 3 4 5 6

¿Te has fijado más en tu figura estando en compañía
de otras personas?1 2 3 4 5 6

La preocupación por tu figura, ¿te ha hecho pensar
que deberías hacer ejercicio?1 2 3 4 5 6

ESCALA DE ROSENBERG

Lee detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones referentes al modo en que tú mismo te consideras. Señala en qué grado te sientes de acuerdo con dicha afirmación.

- 1 Muy de acuerdo.
- 2 De acuerdo.
- 3 En desacuerdo.
- 4 Muy en desacuerdo.

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	1 2 3 4
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.	1 2 3 4
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1 2 3 4
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.	1 2 3 4
5. En general estoy satisfecho de mí mismo/a.	1 2 3 4
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.	1 2 3 4
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.	1 2 3 4
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.	1 2 3 4
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.	1 2 3 4
10. A veces creo que no soy buena persona.	1 2 3 4

ANEXO E - PROGRAMA DE PREVENCIÓN

PARTE I

GRUPO EXPERIMENTAL. INTERVENCIÓN EN DISONANCIA

1ª SESIÓN: ACTITUD FRENTE AL CUERPO

¿PUEDO TENER EL CUERPO QUE QUIERO?



¿Cuál es el prototipo de cuerpo ideal?:

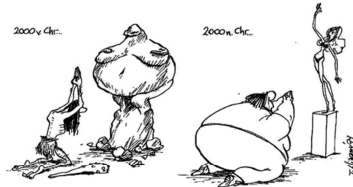
- En chicos
- En chicas



IDEALES DE BELLEZA

ANTES

- ✓ Redondeces, curvas.
- ✓ Caderas anchas.
- ✓ Cintura estrecha.
- ✓ Pechos voluminosos.
- ✓ Hombros anchos.
- ✓ Trasero prominente.
- ✓ Peso corporal similar al peso promedio.



AHORA

- ✓ Tendencia a lo rectilíneo.
- ✓ Caderas estrechas.
- ✓ Cinturas más anchas.
- ✓ Menos pecho.
- ✓ Hombros anchos.
- ✓ Trasero pequeño.
- ✓ Extrema delgadez.

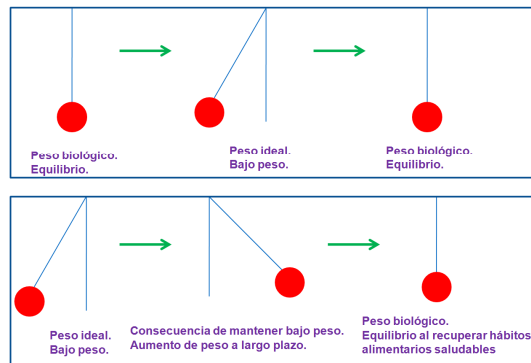
PESO BIOLÓGICO PESO IDEAL

- ❑ Peso que **tiene** una persona por sus características físicas individuales, genéticamente determinadas cuando mantiene unos hábitos alimentarios correctos.
- ❑ Naturalmente delgadas, gruesas, morenas, rubias, altas o bajas.
- ❑ La diferencia entre ser delgado o gordo no depende sólo de lo que se come, sino de la capacidad que tienen sus células para gastar más o menos energía y almacenar más o menos grasas. Esta capacidad no se puede cambiar.



- ❑ Peso que **quiere** una persona por influencia de los medios de comunicación (famosos/as, deportistas de élite...).
- ❑ Se consigue **artificialmente de forma temporal** a través de cirugía estética o prácticas poco saludables (ejercicio excesivo, alimentación poco sana...).
- ❑ Asociación de peso ideal con :
 - ✓ Tener más éxito.
 - ✓ Triunfar en la vida.
 - ✓ Tener más amigos
 - ✓ Ser más feliz.

PESO BIOLÓGICO PESO IDEAL



PESO BIOLÓGICO PESO IDEAL



Si **aumento** la cantidad de comida que ingiero



aumenta mi gasto de energía.



Si **disminuyo** la cantidad de comida que ingiero



disminuye mi gasto de energía



Estos cambios se producen para mantener estable mi peso.

¿Por qué tener la silueta de la modelo que aparece en las revistas o en la televisión?

- Las **características físicas básicas** de una persona vienen **determinadas genéticamente**. El cuerpo siempre va a luchar por volver a sus genes, aunque intentemos cambiar.
- Las modificaciones **atentan contra la salud** (Ej., estatura, piel blanca, caderas o muslos)
- Si reduces la alimentación o extremas el ejercicio físico vas a estar más delgado pero no será una delgadez sana, será temporal y con consecuencias negativas.



¿A QUÉ RENUNCIAS CON PERSEGUIR UN CUERPO IDEAL?



El precio de perseguir el ideal de delgadez

✓ Haz un listado con 10 costes que supone perseguir "un cuerpo ideal"

LA REALIDAD CON PHOTOSHOP



LA REALIDAD SIN PHOTOSHOP



¡¡¡CUERPOS PERFECTOS!!!



¿QUÉ NOS VENDEN
EN REALIDAD?

¿Quién se beneficia?...



¿QUÉ NOS VENDEN EN REALIDAD?



- Prestigio social.
- Autoestima alta.
- Belleza.
- Elegancia.
- Estar en forma.
- Perfección.
- Eterna juventud.
- Facilidad para conquistar.
- Felicidad.
- Éxito laboral.

¿Todo esto consigo con un buen cuerpo?..

¿Quién se beneficia con conseguir que estemos insatisfechos con nuestro cuerpo?...



Grandes empresas multinacionales:

- ✓ Fabricantes de cremas.
- ✓ Alimentos dietéticos.
- ✓ Máquinas para reducir.
- ✓ Moda.
- ✓ Publicidad.
- ✓ Televisión.
- ✓ Revistas.
- ✓ Alternativas a médicos.
- ✓ Cirujanos.
- ✓ Endocrinos.
- ✓ Nutricionistas.

Imágenes de revistas



Tu vida no sólo es un físico.
Dedica tiempo y cuida a todos "tus quesitos"

2ª SESIÓN: ACTITUD ANTE LA COMIDA Y EJERCICIO SALUDABLE

CÓMO ALIMENTAR UN CUERPO SANO Y UNA MENTE FELIZ



Mitos de alimentación

- Lo que más hay que comer son las proteínas.
- El pan engorda.
- Hay alimentos que engordan o adelgazan.
- El agua en las comidas engorda.
- Las dietas para adelgazar son sanas.



Proteínas



- Fundamentalmente: lácteos, huevos, pescado y carne.
- Forman nuestra estructura:
músculos, huesos, órganos, sangre, piel, uñas, pelo, etc.
- Permiten crecer y reparar nuestro cuerpo.
- Sin ellas no podemos sentirnos optimistas, entusiasmados, tranquilos o reconfortados.

Grasas saludables



- Yema de huevo, carne, queso y mantequilla, coco, aceite de oliva, aguacate, pescado azul, etc.
- Reserva energética, permiten absorción de vitaminas esenciales, forman el 60% del cerebro, regulación de temperatura corporal, hormonas sexuales y fertilidad, elasticidad de la piel...
- Producen saciedad: permiten distanciar comidas sin hambre.
- Estudios: culturas que consumen más huevos y pescado azul son más felices y sanas.

Hidratos de carbono



- Fundamentalmente alimentos vegetales:
 - HC complejos: arroz, pan, pasta, patatas, legumbres, verduras
 - HC simples: azúcar, mermelada, miel, frutas, dulces,...
- Combustible, energía para funcionar, ayudan a las digestiones (fibra).
- Si faltan, aparecen problemas de falta de energía, insomnio, estreñimiento, problemas hormonales, etc.

Vitaminas y minerales



- Lácteos, vísceras, pescados, verduras, frutas,...
- Su falta ocasiona enfermedades y trastornos mentales.
- En algunas etapas de la vida, como la adolescencia, es necesario aumentar su consumo.

A dos grupos de personas que hacen dietas se les da el mismo alimento a comer, pero.....



al GRUPO A
se les dice que la
comida tiene
muchas calorías.



al GRUPO B:
se les dice que la
comida tiene
pocas calorías.

**¿Qué grupo de personas comió más?
¿Por qué?**

Comieron más cantidad de alimento
los sujetos del grupo A



¿POR QUÉ CREEIS QUE HAN COMIDO MÁS LOS DEL GRUPO A?

¿QUÉ CONCLUSIONES SACAIS?

Pienso:
“Debo privarme porque si no.. me paso”



Realidad:
Me paso porque me privo.

EL EXCESO DE CONTROL LLEVA AL DESCONTROL



CONCLUSIÓN: El privarnos nos lleva a tener periodos en los que comemos de manera exagerada.

Fantasmas en mi cabeza



- **Abstracción selectiva:** “El único modo de mantener el control es a través de la comida”.
- **Sobregeneralización:** “Cuando comía dulces estaba gordo, así que debo rechazarlos completamente o me convertiré en obeso”
“Todas las grasas engordan”.
- **Magnificación:** “He ganado un kilo, nunca más podré ponerme bañador”.
“Si gano un kilo me muero”.
- **Pensamiento dicotómico:** “Si he ganado un kilo ganaré 50 más”,
“Si pruebo los dulces no podré parar de comerlos”
- **Personalización:** “Todos se fijan en mi cuerpo cuando voy en bañador”,
“Me avergüenzo de que me vean comer”.
- **Pensamiento supersticioso:** “La comida que como va directamente a mis muslos”, “Cada vez que como dulces mi estómago se hincha”.



Una relación sana con la comida



- Establece un **horario fijo** para las comidas y no piques entre ellas.
- Has de realizar **tres comidas al día**: desayuno, almuerzo y cena. Con posibilidad de una cuarta: la merienda.
- El **desayuno** es la comida más importante del día.
- **Escucha a tu cuerpo**: cuando tengas hambre, come y cuando estés lleno, deja de comer. Distingue el hambre emocional (aburrimiento, frustración, ansiedad, enfado, etc.) del hambre estomacal (señales físicas).
- Dedica un tiempo normal a cada comida. **Tómate el tiempo que necesites** para comer, en vez de comer deprisa y corriendo. Es importante masticar cada bocado despacio.
- **No te prohibas ningún alimento**, simplemente trata de comer más a menudo los saludables y los poco sanos de forma excepcional.

3ª SESIÓN: AUTOESTIMA Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

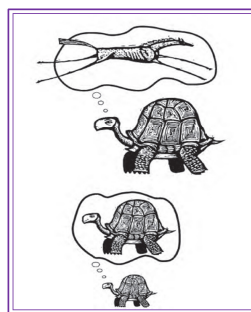
ME SIENTO BIEN
CONMIGO MISMO



Logros o éxitos, metas alcanzadas,
éxitos de mayor a menor
importancia en la escuela, familia,
amigos....



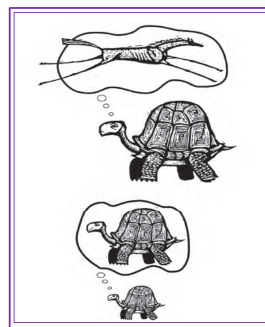
¿Qué representan estos dibujos?



La autoestima es la evaluación de uno mismo



$$\text{AUTOESTIMA} = \frac{\text{ÉXITO (lo que uno consigue)}}{\text{EXPECTATIVAS (lo que uno espera)}}$$



Y es que.... una tortuga debe ser una tortuga,
una estupenda tortuga.
No tiene por qué ser un caballo.

AUTOESTIMA NEGATIVA

- ✓ Deseos de complacer a los otros por miedo a desagradar.
- ✓ Autocrítica constante por perfeccionismo.
- ✓ Subestima de sus capacidades.
- ✓ No confían en su esfuerzo y constancia.
- ✓ Busca metas fáciles.



AUTOESTIMA POSITIVA

- ✓ Asumir responsabilidad de las propias acciones.
- ✓ Admitir errores.
- ✓ Buena tolerancia a la frustración.
- ✓ Estrategias de afrontamiento eficaces frente a los conflictos.
- ✓ Disfruta de los logros.



Autoestima positiva supone sentirse:



- A gusto contigo misma, especial, diferente.
- Responsable de la vida y aceptar que no todo sale como nos gustaría, pero que por ello no hay que desesperanzarse.
- Reconocer tus defectos, y cuando sean reales, llegar a superarlos.
- Valorar tus cosas buenas.

¿CÓMO ME VEO?



¿CÓMO QUISIERA VERME?



CÓMO SOLUCIONAR PROBLEMAS

¿CUÁL ES EL PROBLEMA?

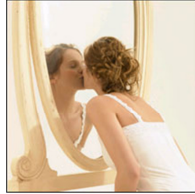
¿Qué pasa? ¿cómo me afecta? ¿a qué personas les afecta también? ¿desde cuándo pasa?...

¿QUÉ ES LO QUE QUIERO CONSEGUIR?

Buscar SOLUCIONES. ¿Qué puedo hacer?

Tormenta de ideas: piensa en todas las soluciones que se te ocurran sin rechazar ninguna.





¡Muchas gracias!

PARTE II

GRUPO CONTROL. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

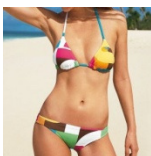
1ª SESIÓN: ACTITUD FRENTE AL CUERPO

¿PUEDO TENER EL CUERPO QUE QUIERO?

Ideales de belleza



Antes se potenciaba un cuerpo redondo, con caderas anchas, pechos voluminosos... En la sociedad actual se potencia un cuerpo delgado especialmente de cintura hacia abajo para la mujer. Se da importancia a las caderas estrechas, muslos y piernas delgadas. La moda exige unas dimensiones reducidas en aquellas partes cuya redondez se debe a la propia constitución femenina. La mujer se ve asediada por artículos de revistas femeninas que proponen dietas adelgazantes o se sienten presionadas por la publicidad que le aconseja adquirir productos para reducir determinadas partes de su cuerpo o eliminar la celulitis.

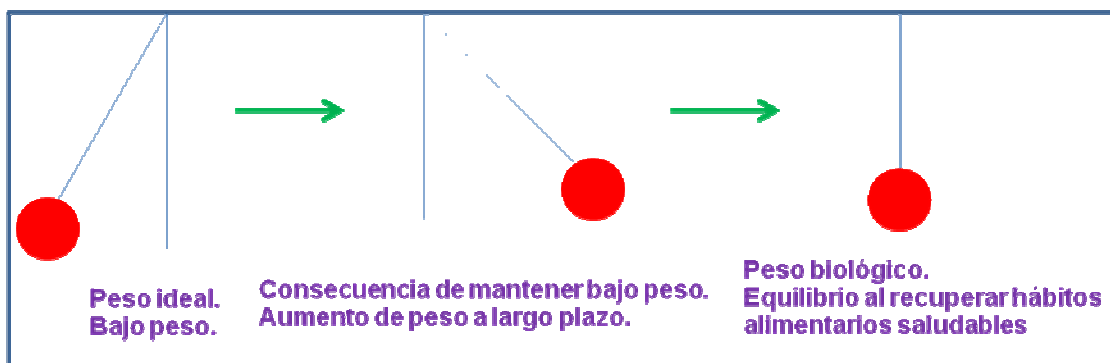


Se pide a la mujer que renuncie a tener un cuerpo de mujer. Se presentan como modelos profesionales aquellas chicas cuya silueta es parecida a la de los hombres, sin embargo, estas chicas sólo son unas pocas, no la mayoría. Para conseguir esta figura y poder mantenerse en su profesión, en la mayoría de las ocasiones someten a su cuerpo a dietas restrictivas y a un ejercicio físico agotador.



En el caso de los chicos, se les exige ser atléticos, con hombros anchos en relación a la cintura y musculatura muy desarrollada. Estas características físicas son constitucionales. Algunos hombres pasan mucho tiempo en gimnasios renunciando a pasar tiempo con sus amigos sólo por conseguir un cuerpo ideal de forma temporal.

Peso biológico-peso ideal



Si puedo decidir mis amigos, lo que como.... ¿por qué no puedo decidir mi silueta?

Una cosa es el peso ideal y otra el peso biológico. El **peso biológico** es que tiene una persona debido a sus características físicas, individuales, genéticamente determinadas, cuando mantiene unos hábitos alimentarios correctos. Unas personas son naturalmente delgadas, otras gruesas; unas son morenas otras rubias, o altas o con los ojos azules., no se puede cambiar ninguna de esas características porque son debidas a la herencia genética. La diferencia entre ser delgado o grueso no depende tanto de los hábitos alimentarios de una persona como de la capacidad que tienen sus células para gastar más o menos energía y almacenar más o menos grasa. Y esa capacidad es en gran parte innata. El **peso ideal** es el peso que quiere una persona por influencia de los medios de comunicación (famosos, deportistas de élite...). Se consigue temporalmente de forma artificial a través de cirugía estética con prácticas poco saludables (alimentación poco sana, ejercicio excesivo,...). Se asocia el peso ideal con tener más éxito, triunfar en la vida, tener más amigos, ser más feliz.

Habrás visto que comiendo de forma parecida, unas personas están más gruesas que otras, habrás visto también que hay quienes se pasan toda su vida haciendo dieta sin conseguir descender de peso. Está demostrado que las dietas no suelen ser eficaces, la reducción de peso conseguida, casi siempre lo es a corto plazo, en el momento que la suspenden, recuperan su peso anterior. No puedes modelar tu cuerpo porque las características físicas básicas de una persona vienen determinadas genéticamente. Las influencias externas sólo pueden producir pequeñas modificaciones, a no ser que se atente contra la salud. Si una persona trata de cambiar su peso biológico su cuerpo se vuelve en contra y trata por todos los medios de impedirlo (quema menos rápido, su corazón se enlentece...).

No puedes regular tu estatura. Quizás habrías preferido medir diez centímetros más, pero no es así, y entiendes que lo tienes que aceptar. ¿Por qué, en cambio, crees que puedes modificar tu silueta cambiando totalmente la forma de tus caderas o el volumen de tus muslos?

Si tienes una piel muy blanca, nunca vas a conseguir que sea morena, aunque la expongas muchas horas al sol. Si extremas esta exposición, lo único que lograrás es quemar tu piel, no volverla morena.

Del mismo modo, si reduces tu alimentación por debajo de lo normal, o extremas tu ejercicio físico, evidentemente vas a estar más delgado. Pero no será una delgadez sana, sino la propia de una persona enferma, y tu cuerpo seguirá manteniendo las mismas proporciones que tenía porque la estructura ósea no puede cambiar. Si no te gustabas antes, tampoco vas a gustarte ahora.

Una cuestión es qué silueta desearías, y otra muy distinta qué silueta tienes. El cuerpo no es maleable. No puedes vivir fuera de la realidad. Esto ocurre con otras cosas y situaciones y no tomas decisiones semejantes.

Así pues, ¿por qué piensas que puedes tener la silueta de la modelo que aparece en las revistas? ¿O el tórax de un jugador de rugby que has visto en televisión? ¿Por qué crees que con tu cuerpo puedes hacer lo que se te antoje sin que tenga consecuencias negativas?

Suponiendo que quisieras estar delgado, ¿qué ganarías con ello? No creas que tus problemas desaparecerían al estar más delgado. Erróneamente pensabas que ibas a ser más feliz, a gustar más, a tener éxito. Pero no es así. Tus amigos no te aprecian más por estar más delgado, en casa no mejora la relación con la familia y tú mismo no estás más contento.

Seas hombre o mujer has de entender que no puedes moldear tu cuerpo como si se tratara de una escultura.

Preguntas

1. ¿Puedo tener el cuerpo que quiero? ¿Por qué?
2. ¿Qué es el peso biológico?
3. ¿Y el peso ideal?
4. ¿Cuál es el prototipo físico que se impone en la sociedad actual para chicos y chicas?
5. ¿A que se asocia alcanzar el peso ideal?

2ª SESIÓN: ACTITUD ANTE LA COMIDA Y EJERCICIO SALUDABLE

¿CÓMO ALIMENTAR UN CUERPO SANO Y UNA MENTE FELIZ?

Los alimentos suelen ser mezcla de muchas sustancias. Unas de origen animal, son sustancias inorgánicas, es decir, que no proceden de los seres vivos; por ejemplo el agua la sal, y el calcio. Otras tanto de origen animal como vegetal, son las sustancias orgánicas, es decir, que proceden de los seres vivos. Las principales sustancias orgánicas de los alimentos son: los hidratos de carbono, los lípidos, las proteínas y las vitaminas. Estas cuatro sustancias son imprescindibles para la vida y se encuentran en distintas cantidades en los diversos alimentos.



Los **hidratos de carbono** se encuentran en gran cantidad en los alimentos azucarados, en las fibras de los vegetales y en las harinas. Hay hidratos de carbono en el azúcar, en los bollos, en el pan, en las verduras y en las pastas. En nuestro cuerpo, los hidratos de carbono se encuentran fundamentalmente en la sangre y en el hígado. Nos proporcionan energía.



Los **lípidos** se encuentran, sobre todo, en las grasas y en los aceites. Hay grasas en la mantequilla, en las aceitunas, en las semillas de girasol, en los cacahuetes, yema del huevo, aguacate o pescado azul. Por ello se sacan de ellos los aceites que empleamos para cocinar. Los lípidos nos proporcionan energía. Además, pueden almacenarse como reserva en nuestro organismo, así nos protegen del frío. Estas reservas se localizan sobre todo debajo de la piel.



Las **proteínas** se encuentran fundamentalmente en las carnes, el pescado, los huevos, la leche y las legumbres. Las proteínas sirven para formar todas las partes de nuestro cuerpo: la piel, los músculos, el esqueleto, etc.



Las **vitaminas** se encuentran principalmente en la fruta y en las verduras. Son necesarias para que el cuerpo pueda realizar todas sus actividades. Las vitaminas las nombramos con las letras del abecedario: A, B, C,... La vitamina A es necesaria para ver correctamente, la vitamina B, para el buen funcionamiento del sistema nervioso; y la vitamina C, para evitar los resfriados. (Fuente tomada de Conocimiento del medio)

UNA BUENA ALIMENTACIÓN ES FUNDAMENTAL PARA UN CORRECTO DESARROLLO:

- Repartir la comida en cuatro o cinco tomas al día. Tomar a media mañana y a media tarde un tentempié como, por ejemplo, una pieza de fruta, un lácteo o un bocadillo. No saltarse comidas, procurar comer bien en cada una de ellas, sin picar entre horas ni intentar compensar grandes comilonas con ayunos.
- Hacer un desayuno completo. Compuesto por lácteos, cereales (pan, galletas, cereales de desayuno...) y frutas, al que debería dedicarse entre 15 y 20 minutos de tiempo. De esta manera se evita o se reduce la necesidad de consumir alimentos menos nutritivos a media mañana, y se mejora el rendimiento físico e intelectual en el colegio.
- Es importante el entorno en el que se realicen las comidas, comiendo despacio y tranquilo. Es muy bueno comer en familia.

- La dieta debe ser variada, no hay alimentos que engorden ni alimentos que adelgacen. Todos son necesarios en su medida para tener una alimentación sana y equilibrada.
- Es aconsejable consumir frutas, verduras, hortalizas, legumbres, frutos secos, lácteos, huevos, pescados y carnes. A su vez moderar el consumo de carnes rojas y limitar la cantidad de bollería industrial, chucherías, refrescos azucarados, comida rápida, fritos y alimentos grasos.
- La pasta, el arroz, los cereales y el pan son la mayor fuente de energía para el cuerpo, no “engordan mucho” y es bueno tomarlos en las comidas.
- Es bueno beber entre uno y medio y dos litros de líquidos al día.
- Que no te engañen, no existen dietas milagrosas ni productos dietéticos mágicos para adelgazar.
- Es importante que adquirir hábitos saludables ahora y mantenerlos a lo largo de la vida. La alimentación es uno de ellos, pero son básicos también la constancia en la actividad física y el número de horas de sueño. Todo ello permite llevar una vida plena y saludable.
- En nuestro peso influyen varios factores: el genético, lo que se come y lo que se gasta. Cada uno de nosotros tenemos nuestra constitución y para mantener el cuerpo sano hay que hacer ejercicio a diario y mantener el equilibrio entre lo que se come y lo que se gasta.

Inutcam. Instituto de alimentación y trastornos alimentarios de la comunidad de Madrid

1. Escribe los alimentos que tomaste ayer y di si contienen sobre todo hidratos de carbono, lípidos, proteínas o vitaminas.

- 1.- ¿Cuántas comidas deben hacerse al día?
 - a) Cinco: desayuno, almuerzo, comida, merienda y cena.
 - b) Tres: desayuno, comida y cena.
 - c) Con hacer una comida principal es suficiente.
 - d) Dos: comida y cena.
 - e) Ninguna de las anteriores.
- 2.- ¿Qué tipo de alimentos es el que hay que comer menos o evitar?
 - a) Hidratos de carbono: arroz, patatas, pan, cereales, pastas.
 - b) Proteínas: carne, pescado, huevos.
 - c) Grasas: aceite, mantequilla, manteca.
 - d) Alcohol, aceites y dulces (chucherías).
 - e) Ninguna de las anteriores.
- 4.- Los hidratos de carbono están en.....
 - a) Carne magra, pescado, pollo...
 - b) Huevo.
 - c) Aceites y mantequilla.
 - d) Pan, patatas, pasta, cereales.
 - e) Ninguna de las anteriores.
- 5.- El desayuno debe consistir en...
 - a) Leche, pan, galletas, cereales o fruta.
 - b) No hace falta hacerlo.
 - c) Es sólo para mayores.
 - d) Basta con un vaso de leche al levantarse.
 - e) Una pieza de fruta.
- 7.- Los productos lácteos (leche, yogur, queso...)
 - a) Son perjudiciales para la salud.
 - b) Engordan.
 - c) Son vegetales.
 - d) Van mal para los huesos.
 - e) Son de consumo diario.
- 8.- Las frutas y verduras han de tomarse...
 - a) Con poca frecuencia.
 - b) Lo menos posible, pues son de mal sabor.
 - c) Sin lavar.
 - d) Varias veces al día.
 - e) Con cuidado porque pueden ser peligrosas
- 9.- El agua ha de tomarse...
 - a) Antes de las comidas.
 - b) Después de las comidas.
 - c) Durante las comidas.
 - d) Poca porque engorda.
 - e) A cualquier hora.
- 10.- El pan ha de tomarse...
 - a) Poco porque engorda.

- b) Todos los días.
- c) Blanco.
- d) De molde.
- e) Ninguna de las anteriores.

3ª SESIÓN: AUTOESTIMA Y SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

ME SIENTO BIEN CONMIGO MISMO

AUTOESTIMA

Se entrega una hoja en blanco a cada participante y se le pide que dibuje un árbol. En la parte de las raíces deben poner las cualidades que tienen y en la parte de los frutos los logros.

Mantener y aumentar nuestra autoestima depende, esencialmente, de cada uno de nosotros. En la medida en que nos consideremos valiosos, nos aceptemos con nuestras cualidades y debilidades, actuemos para mejorar y afrontemos los retos de la vida, estaremos potenciando nuestra autoestima.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1) Tengo un problema:

Lo primero que debe hacer el niño es definir el problema: qué quiere cambiar o solucionar. Es necesario observar y reunir información acerca de la situación. Se puede ayudar al niño haciéndole preguntas acerca de la situación.

2) ¿Cómo solucionarlo?

Se le pide al niño que proponga todas las soluciones que se le ocurran. Es una lluvia de ideas, cualquier sugerencia es válida, por disparatada que pueda sonar. Se trata de aumentar la capacidad de generar soluciones alternativas, en vez de responder impulsivamente, cuanto más variadas, mejor.

A continuación, preguntamos al niño cuál de las opciones le gusta más y por qué. Es importante que sea él mismo el que elija, tiene derecho a equivocarse y a aprender de sus errores, que es más importante que encontrar la “solución perfecta”.

3) *Estoy aplicando mi plan*

El niño debe, a continuación, poner en marcha su plan paso a paso, mientras va diciendo en voz alta lo que va haciendo. El niño debe ser consciente de que, como está aplicando su solución, es su responsabilidad.

4) *¿Cómo lo he hecho?*

Por último, el niño deberá aprender a evaluar el resultado. Se le debe preguntar por qué ha salido bien, mal o regular.

En caso de éxito, es importante que se lo atribuya a sí mismo, a su esfuerzo.

En el caso de no conseguir el resultado esperado, debemos evaluar el proceso y ver dónde se ha equivocado, para reiniciar desde ese punto.

